

**Feridas em Cuidados Paliativos:
Resultados de um Estudo sobre Úlceras Terminais de
Kennedy**

Marta Filipa de Sousa Maia

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
sob a orientação da Professora Doutora Sara Pinto

Porto, 2018

“Cada um é dono da sua própria morte, e a única coisa que podemos fazer, chegada a hora, é ajudá-lo a morrer sem medo e sem dor”.

Gabriel García Márquez, 1985, In *O Amor nos Tempos de Cólera*

AGRADECIMENTOS

Aos amigos que conheci durante a licenciatura e que me continuam a acompanhar neste percurso; aos amigos de longa data com quem partilho os momentos mais importantes da minha vida e que me incentivam sempre a acreditar; a todos os enfermeiros e professores que me inspiraram e, principalmente, ao meu pai – sem ele nada disto seria possível.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Sara Pinto que me acompanhou durante este último ano, por toda a orientação, a paciência e o auxílio que sempre disponibilizou para a formulação desta dissertação.

Agradeço, também, a todos os enfermeiros que mostraram disponibilidade para participar neste estudo.

RESUMO

Introdução: A Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) é um tipo de úlcera que se desenvolve na fase final de vida. Por serem ainda desconhecidas, torna-se essencial aferir o conhecimento sobre a temática, com vista a uma maior otimização e eficácia na planificação e execução dos cuidados.

Objetivos: Este estudo tem, assim, como objetivos principais sistematizar a produção científica publicada sobre UTK, clarificando o conceito e identificando, em particular, o contributo dos enfermeiros (estudo I) e explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK (estudo II).

Metodologia: O estudo I consiste numa revisão sistemática da literatura dos estudos publicados em revistas indexadas e publicadas até 31 de Dezembro de 2017. A pesquisa realizou-se nas bases de dados da *PubMed*, *Web of Science*, *EBSCO*, *Scielo*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* e *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, tendo como descritores os termos correspondentes para “kennedy terminal ulcer”, “end of life ulcer” e “terminal ulcer”.

O estudo II refere-se a uma investigação exploratória, descritiva e transversal, que analisou o conhecimento de enfermeiros em Portugal sobre UTK. Os dados foram recolhidos através de um questionário online enviado por e-mail, sendo que os participantes foram recrutados não probabilisticamente, em bola de neve. O estudo obteve o parecer independente de uma comissão de ética, obtendo-se o consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo.

Resultados: Na revisão sistemática da literatura foram incluídos 12 artigos científicos. Constatou-se que a etiologia está relacionada com a hipoperfusão da pele, que as UTK surgem de forma súbita e têm rápida progressão.

No estudo II participaram 51 enfermeiros, dos quais 10 trabalham em Cuidados Paliativos e 41 noutros serviços que não os Cuidados Paliativos. Os dados encontrados sustentam que o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK é escasso e que é necessário mais investigação na área, que permita o desenvolvimento de *guidelines* e protocolos de tratamento, assim como a inclusão de mais formação para diagnosticar as feridas corretamente, traçar objetivos realistas e executar intervenções adequadas.

Palavras-chave: Úlceras Terminais de Kennedy, Enfermeiros, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: The Kennedy Terminal Ulcer (KTU) is a kind of ulcer that occurs in people in the final stage of life. Because they are still unknown, it is essential to improve the knowledge on the subject, in order to achieve a greater optimization and effectiveness in the planning and implementation of the nursing care.

Aims: The main objectives of this study are to systematize the published scientific literature on UTK, clarifying the concept and identifying the contribution of nurses to the topic (study I) and to explore nurses' knowledge about KTU (study II).

Methodology: Study I is a systematic literature review concerning studies published in scientific and indexed journals until 31st December 2017. The search was conducted in the databases of PubMed, Web of Science, EBSCO, Scielo, The Cochrane Database of Systematic Reviews and JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports., Search terms included "kennedy terminal ulcer", "end of life ulcer" and "terminal ulcer".

Study II is an exploratory, descriptive and cross-sectional study that analyzed the knowledge of Portuguese nurses about wounds. The data were collected through an online questionnaire, sent by e-mail, and participants were recruited non-probabilistically on "snowball". The study obtained the independent opinion of an ethics committee and was also obtained the free and informed consent of the participants in the study.

Results: In the systematic literature review, 12 scientific papers were included. It was found that the etiology is related to the hypoperfusion of the skin. Thus, KTU seems to appear suddely and have a rapid progression.

Study II included 51 nurses, of whom 10 worked in Palliative Care and 41 in other services than Palliative Care. The data show that the knowledge of nurses about KTU is scarce and that more research is needed, which allows the development of guidelines and treatment protocols, as well as the inclusion of more training to diagnose wounds correctly, to draw realistic goals and implement appropriate interventions.

Key words: Kennedy Terminal Ulcer, Nurses, Palliative Care.

LISTA DE SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

CSH – Centro de Saúde Hospitalar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP -Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

NPUAP - *The National Pressure Ulcer Advisory Panel*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCALE – *Skin Changes at Life's End*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TB-TTIs - *Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries*

TTI – *Terminal Tissue Injury* ou Lesão de Tecido Terminal

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

UP – Úlcera por Pressão

UTK – Úlcera Terminal de Kennedy

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1. <i>Cuidados Paliativos e Cuidados de Enfermagem</i>	14
1.1. <i>Origens e definição do conceito de Cuidados Paliativos</i>	14
1.2. <i>Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal</i>	19
1.3. <i>Os Cuidados Paliativos no âmbito da Enfermagem</i>	24
2. <i>Feridas em Cuidados Paliativos</i>	26
2.1. <i>Úlceras Terminais de Kennedy</i>	27
CAPÍTULO II: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	37
1. <i>Estudo I</i>	37
1.1. <i>Metodologia</i>	37
1.2. <i>Resultados</i>	39
1.3. <i>Discussão</i>	46
2. <i>Estudo II.....</i>	50
2.1. <i>Metodologia</i>	50
2.1.1. <i>População e Amostra</i>	50
2.1.2. <i>Instrumento de Colheita de Dados</i>	51
2.1.3. <i>Análise dos Resultados</i>	51
2.1.4. <i>Procedimentos Formais e Éticos</i>	52
2.2. <i>Resultados</i>	52
2.2.1. <i>Caracterização sociodemográfica, académica e experiência profissional dos participantes</i>	52
2.2.2. <i>Conhecimentos sobre UTK</i>	55
2.3. <i>Discussão</i>	60
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO ALARGADA	62
CAPÍTULO IV: PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO SOBRE UTK	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

Anexo I – *Parecer da Comissão de Ética*

APÊNDICES

Apêndice I – *Instrumento de Colheita de Dados*

Apêndice II – *Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cuidados Paliativos: Uma visão cronológica.....	16
Figura 2: Princípios dos Cuidados Paliativos.....	17
Figura 3: Características das Úlceras Terminais de Kennedy.....	31
Figura 4: Pontos de consenso entre os autores sobre as Úlceras Terminais de Kennedy.....	32
Figura 5: Diagrama PRISMA.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Feridas por pressão relacionadas com doença terminal ou falência da pele.....	28
Tabela 2: Diferenças entre Úlceras por Pressão e Úlceras Terminais de Kennedy.	34
Tabela 3: Resumo da Pesquisa nas Bases de Dados.	38
Tabela 4: Identificação dos estudos incluídos na Revisão (n=11).....	41
Tabela 5: Caracterização Sociodemográfica e Formação dos Participantes (n=51).	53
Tabela 6: Experiência Profissional da Amostra (n=51).	55
Tabela 7: Formação dos participantes em CP (n=51).	58
Tabela 8: Relação entre o conhecimento sobre existência das feridas UTK e a formação.	59
Tabela 9: Experiência profissional dos participantes em CP (n=51).	59
Tabela 10: Relação entre o conhecimento sobre existência das feridas UTK e a experiência profissional.	60
Tabela 11: Programa de formação sobre Úlceras Terminais de Kennedy.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Local de trabalho dos participantes (n=51)	54
Gráfico 2: Conhecimento dos participantes sobre o conceito de UTK (n=51) ..	56

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são dirigidos a pessoas com doença incurável, prolongada e progressiva, tendo como objetivo prevenir o sofrimento, assim como, facultar, ao próprio doente e à família, a melhor qualidade de vida possível. Tratam-se, então, de cuidados ativos e exigentes, que envolvem a vertente científica e humanística (Sepúlveda et al., 2002).

É de comum acordo que o enfermeiro é o profissional da saúde que se encontra mais próximo do doente e que, por isso, é ele que mais precocemente poderá identificar a existência de necessidades de diversas ordens, como sejam a existência de alterações na integridade cutânea que, em muitas circunstâncias, são geradoras de intenso sofrimento.

Contudo, se algumas feridas são do conhecimento de qualquer enfermeiro generalista, como as Úlceras por Pressão (UP), outras são desconhecidas, tais como as Úlceras Terminais de Kennedy (UTK), cuja etiologia tem vindo a ser associada a doentes em fim de vida (Vera, 2014).

Desta forma, e porque em Portugal se tem registado um aumento da esperança média de vida, tendo atingido os 80,41 anos em 2015, associado a um aumento do número de doentes crónicos (DGS, 2016), torna-se fulcral o conhecimento mais aprofundado dos profissionais da saúde relativamente a esta temática, não só pelo impacto que este pode ter no conforto da pessoa mas, também, na realização de diagnósticos mais acurados e de intervenções mais céleres e adequadas.

Na literatura são particularmente considerados quatro tipos de feridas comuns em Cuidados Paliativos: as UP; as feridas consideradas suspeitas de lesões de tecido profundo; as feridas malignas; e “outras feridas comuns” que incluem, entre outras, as UTK.

As UTK foram descritas pela primeira vez em março de 1989, em Washington DC, no *The National Pressure Ulcer Advisory Panel* (Vera, 2014; Kennedy-Evans, 2009).

Após uma pesquisa preliminar sobre o assunto constatou-se que a evidência sobre feridas em CP, peculiarmente sobre UTK, é ainda escassa e, quando existente, essencialmente de cariz descritivo ou de opinião. Por um lado, são necessárias orientações para a prática específica dos CP e, por outro, é necessário alertar os

enfermeiros e outros profissionais para a existência deste tipo de feridas para que sejam diagnosticadas corretamente, traçados objetivos realistas e tratadas com intervenções adequadas e, assim, que toda a equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa aja em consenso.

Face ao exposto, a presente dissertação tem como objetivos gerais sistematizar a produção científica publicada sobre UTK (estudo I) e explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK (estudo II). Os objetivos específicos incluem clarificar o conceito de UTK na literatura científica; sistematizar a evidência científica sobre UTK, produzida por enfermeiros; explorar o conhecimento dos enfermeiros de cuidados gerais sobre UTK; explorar o conhecimento dos enfermeiros com formação pós-graduada em CP ou que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos sobre UTK e propor, a partir dos resultados encontrados, um programa de formação sobre UTK, particularmente, direcionado a enfermeiros.

A presente dissertação é constituída por quatro capítulos. O primeiro capítulo inclui um enquadramento concetual em que é realizada uma abordagem aos CP e aos cuidados de enfermagem, sendo referido a origens e definição do conceito de CP, a sua organização em Portugal e os cuidados de enfermagem em CP. No segundo capítulo é apresentado o trabalho de investigação, constituído por dois estudos, sendo o primeiro uma revisão sistemática da literatura e o segundo um estudo descritivo, exploratório e transversal, sobre o conhecimento de enfermeiros generalistas e especialistas em CP sobre UTK. Por fim, no terceiro capítulo é realizada uma discussão alargada sobre os resultados encontrados e no quarto e último capítulo apresenta-se uma proposta de formação sobre UTK dirigida a enfermeiros que trabalham em CP.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Cuidados Paliativos e Cuidados de Enfermagem

1.1. Origens e definição do conceito de Cuidados Paliativos

Ao longo do século XX foram observados avanços deveras significativos na Medicina. A palavra “cura” foi sendo cada vez mais utilizada, principalmente no que diz respeito às doenças agudas, permitindo um aumento da longevidade e, consecutivamente, um aumento do número de doentes crónicos (Barbosa & Neto, 2006; Silva, 2009).

Em Portugal, tal como na Europa, registou-se um aumento da esperança média de vida. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2017), em Portugal Continental, no triénio 2013/2015, a esperança de vida à nascença atingiu os 80,41 anos, vivendo as mulheres, em média, mais 6 anos do que os homens.

No que diz respeito à doença crónica, o cancro tem sido uma das principais causas de morte, sendo, em Portugal, considerada a segunda causa de morte com propensão para aumentar (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017). De acordo com a mesma fonte (INE, 2017), em 2015, os tumores malignos mantiveram-se como a segunda causa de morte, com cerca de 24,50% de óbitos, verificando-se um aumento relativamente a 2014. Cerca de 3,70% da mortalidade é provocada por tumores malignos na traqueia, brônquios e pulmões e 3,50% por tumores malignos do cólon, reto e ânus.

Contudo, este avanço científico e tecnológico, se por um lado, permitiu o aumento da longevidade e da qualidade de vida da população, por outro, originou uma ilusão de total controlo sobre a doença, em que a morte é vista como algo longínquo, algo que se trata apenas de uma possibilidade e não de uma certeza (Barbosa & Neto, 2006). Sendo o principal foco a cura, iniciou-se uma negação da morte, sendo considerada um falhanço e razão de frustração para os profissionais da saúde, tendo como consequência uma desumanização dos cuidados (Barbosa & Neto, 2006).

Apesar destas considerações, a atenção aos mais frágeis, àqueles para quem a doença representava um fim ou para os moribundos mereceu, ao longo da história, particular

atenção por parte das instituições religiosas e, mais tarde, pelos próprios profissionais de saúde. Em 1842, Jeanne Garnier, uma jovem mulher viúva, criou, em colaboração com outras mulheres viúvas, a Associação das *Dames du Calvaire*, em Lion, França, com o objetivo de acolher e cuidar dos “moribundos”. Esta associação, uma das primeiras no âmbito dos CP em toda a Europa, tinha como princípio promover o respeito e a tranquilidade face à morte (Clark, 2000). Foi a primeira referência ao termo “hospício”, que tem origem no termo “hospitalidade” (Mirra, 2012).

Este movimento em torno dos CP teve também a sua expressão na Irlanda, com Mary Aikenhead, nascida em 1787, que teve um papel deveras importante na fundação da Ordem das Irmãs Irlandesas da Caridade, onde foi madre superiora (Clark, 2000). Em 1834, esta ordem criou o *St. Vicent's Hospital* em Dublin, que mais tarde, em 1879, se viria a transformar no *Our Lady's Hospice*, em memória de Mary Aikenhead (Clark, 2004). A ordem foi também responsável pela fundação do *St. Joseph's Hospice*, em Londres, em 1905, onde a enfermeira Cicely Saunders, mentora dos CP modernos, viria a trabalhar de 1958 a 1965 (Clark, 2000). Estas instituições tinham, então, como grande foco o cuidado ao doente incurável (Kim et al, 2005).

Durante a década de 60 do século XX, em Inglaterra, Cicely Saunders chamou à atenção para a falta de cuidados prestados aos doentes em fase final – que muitas vezes eram vistos como pessoas pelas quais já nada havia a fazer - e para a necessidade de prestar cuidados de maior qualidade, com rigor e baseados na evidência científica (Barbosa & Neto, 2006). Assim, em 1968 surgiu o movimento dos CP, iniciado por Saunders, através da fundação do *St. Christopher's Hospice*. Embora os *hospices* já existissem durante o século XIX para tratar “os moribundos”, Saunders introduziu cuidados como o controlo da dor e de outros sintomas (Silva, 2009).

Em 1979, este movimento foi seguido por Elisabeth Kubler-Ross, nos EUA (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012). Em 1969, no livro *On death and dying*, a autora propôs o modelo que descreve os cinco estádios (choque, negação, revolta, tristeza e aceitação) pelos quais passam os doentes perante uma doença terminal ou potencialmente fatal. Em 1981, no livro *Living with death and dying*, a autora reflete sobre doentes terminais. No final do séc. XX, Kubler-Ross fortaleceu o tratamento holístico à pessoa, assim como a necessidade de utilizar todos os meios possíveis para aliviar o sofrimento físico e emocional dos doentes. Iniciou, então, a discussão sobre a transição do modelo de prestação de cuidados em saúde hospitalar e biomédico para um

modelo domiciliar e em *hospices*. A autora defendeu a necessidade de ter em conta o parecer do doente e ajudá-lo a tomar as suas próprias decisões em saúde. Além disso, reforçou a prestação de cuidados aos membros da família, ao longo de todo o processo da doença, como sendo tão essencial como o cuidado ao doente (Afonso & Minayo, 2013).

A primeira definição de CP surgiu, assim, em 1990, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que é mencionado que se tratam de cuidados ativos e totais a pessoas cuja doença não responde ao tratamento curativo e inclui o controlo da dor e de outros sintomas, assim como o cuidado ao nível psicológico, espiritual e social. O principal objetivo é o de assegurar a maior qualidade de vida para o doente e a sua família (OMS, 1990).

Na sequência deste movimento, até então ainda discreto, particularmente na Península Ibérica, surge em 1992 uma Unidade da Dor com camas de internamento em CP no Fundão (Marques, 2014). Posteriormente, em maio de 1996, é inaugurada a primeira Unidade de Cuidados Paliativos portuguesa para doentes oncológicos no Instituto Português de Oncologia do Porto (Marques, 2014).

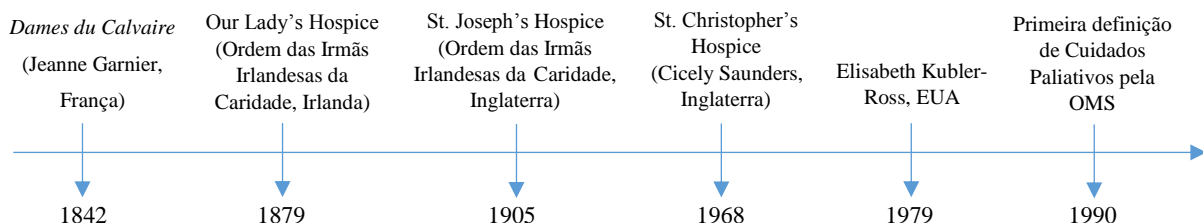


Figura 1: Cuidados Paliativos: Uma visão cronológica.

Mais tarde, em 2002, a OMS definiu os Cuidados Paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (Sepúlveda et al, 2002).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2018), os CP são prestados em regime de internamento ou no domicílio, por unidades e equipas específicas, tratando-se de cuidados estruturados, ativos e globais à pessoa em

sofrimento devido a doença grave ou incurável, em estado avançado ou progressivo. Implica o cuidado à família e tem como primordial objetivo a promoção da qualidade de vida e do bem-estar. Assim, supõe a prevenção e o alívio do sofrimento global, ao nível físico, psicológico, social e espiritual, sendo para isso necessário identificar antecipadamente e tratar, de forma rigorosa, vários sintomas físicos como a dor, sintomas psicossociais e espirituais.

Tratam-se, então, de cuidados de saúde especializados prestados a pessoas com doença incurável ou grave, independentemente do diagnóstico da doença, do estágio da doença ou da idade da pessoa (CNCP, 2018).

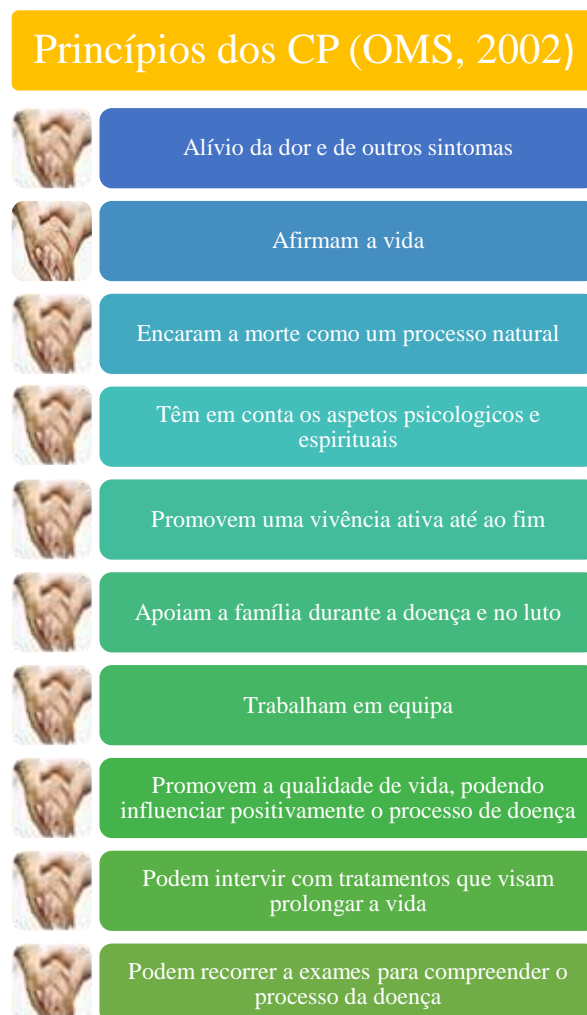


Figura 2: Princípios dos Cuidados Paliativos.

No que diz respeito aos níveis de diferenciação e de acordo com o *European Association for Palliative Care* (EAPC), estes incluem a Abordagem Paliativa –

que incorpora procedimentos e metodologias utilizados em CP no cuidado aos doentes que se encontram em unidades não especializadas - e os CP Especializados – prestados por equipas multidisciplinares especializadas com o objetivo de promover a qualidade de vida (CNCP, 2018). Em alguns países os níveis de diferenciação organizam-se em quatro níveis: a Abordagem Paliativa, os Cuidados Paliativos Generalistas (prestados por profissionais que trabalham com elevada taxa de doentes com doença incurável e progressiva, sendo que os CP não se tratam do foco da sua atividade profissional), os Cuidados Paliativos Especializados (cuidados específicos a doentes de elevada complexidade prestados por profissionais com formação avançada em CP) e os Centros de Excelência (cuidados especializados em internamento, ambulatório e outros serviços e que desenvolvem investigação e formação em CP) (CNCP, 2018).

As áreas fundamentais que viabilizam a aplicação dos CP são o controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho em equipa. As quatro vertentes devem ser encaradas de igual forma, pois apenas o controlo dos sintomas não é suficiente para garantir a diminuição do sofrimento do doente e, ao negligenciar o controlo da sintomatologia impede o doente de viver ativamente e com qualidade o tempo que lhe resta (DGS, 2005).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2005), o doente em CP, assim como a respetiva família/prestador de cuidados, tem direito à receção de cuidados; à autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado; ao alívio do sofrimento; a ser informado de forma adequada; a ser ouvido; a participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com equipa prestadora de cuidados; à recusa de tratamentos e a serem identificadas as suas necessidades e preferências. Desta forma, os direitos do doente incluem todas as dimensões do cuidar e devem constituir uma orientação na prestação de cuidados em enfermagem (Valente, 2008). Por sua vez, o enfermeiro tem o dever de proteger e promover o direito do doente escolher o local e as pessoas que o acompanham na fase final da vida, honrar e fazer honrar a suas manifestações de perda expressas, assim como as da família ou pessoas próximas e de fazer respeitar o corpo após a morte (Código Deontológico do enfermeiro, Artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal).

Assim, os CP permitem dar resposta às necessidades de cuidar de forma contínua a doentes com prognóstico de vida limitado, prevenindo uma morte com grande sofrimento (CRESMESP, 2008; DGS, 2005).

1.2. Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal, os CP podem ser prestados por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) (CNCP, 2018).

As ECSCP referem-se a equipas multidisciplinares de CP que orientam no cuidado aos doentes com maior complexidade ou em crise e respetivos familiares. Encontram-se parcialmente integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou Unidades Locais de Saúde (ULS). Estas equipas, com atividade de sete dias por semana, são autónomas e colaboram na melhoria da prestação de cuidados e da formação em CP dos profissionais, capacitando-os para a Abordagem Paliativa adequada. Podem, também, realizar consulta de CP, programadas e não programadas, no ACES para execução de procedimentos terapêuticos. Deve também ser mantida a disponibilidade de contacto telefónico para doentes, familiares e outros profissionais (CNCP, 2018).

As EIHSCP visam melhorar a prestação de cuidados, assim como promover a formação em CP dos profissionais e capacitando-os para a execução dos cuidados de qualidade. São constituídas, igualmente, por equipas multidisciplinares especializadas que exercem a sua atividade no interior de toda a estrutura hospitalar onde estão integradas. Em regiões em que não existam ECSCP devem orientar os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Equipas/Unidades da Rede Nacional de Cuidados Paliativos Integrados (RNCCI) e Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI/D) da respetiva instituição. Estas equipas desenvolvem Consulta de CP e Hospital Dia para realização de procedimentos técnicos e de acompanhamento de doentes com alta do internamento ou referenciados por outras equipas (CSP, CSH ou CCI). Com consultas programadas e não programadas, evitando, em situações de crise, a ida ao Serviço de Urgência (SU). Importa, da mesma forma, manter o contacto telefónico para doentes, familiares e outros profissionais (CNCP, 2018).

Finalmente, as UCP conciliam enfermeiros e médicos a tempo integral destinados à prestação de cuidados a doentes paliativos mais complexos por agudização do estado, sobrecarga do cuidador ou emergência social. Tratam-se, então, de serviços específicos de CP em unidades hospitalares de agudos. Podendo diferenciar-se por patologias específicas, como doenças oncológicas, neurológicas ou infetocontagiosas, permitem também atividades de docência e de investigação. O objetivo futuro é de que a formação em CP dos profissionais de CSP, CSH e RNCCI permita a existência, em Portugal, dos três níveis de diferenciação referidos anteriormente (CNCP, 2018).

De acordo com o CNCP (2018), a formação dos profissionais de saúde deve ser ajustada às suas necessidades, tendo em conta o tipo de contacto (intensidade e frequência) com doentes com necessidade de CP. Assim, foram definidos três níveis de formação – Formação Básica (nível A - 18 a 45 horas); Formação Pós-graduada (nível B ou intermédio – 90 a 180 horas) e Formação Pós-graduada (nível C ou avançada – superior a 280 horas).

Atualmente, em Portugal, recomenda-se que os níveis de formação em CP sejam organizados em Abordagem Paliativa e os Cuidados Paliativos (Especializados). No nível A, abordagem básica, a formação está direcionada para todos os profissionais de saúde, relacionando-se com procedimentos paliativos em ambiente não especializado. No nível B, abordagem intermédia, a formação dirige-se a profissionais que acompanham com grande frequência doentes com necessidades paliativas, mas em que estes cuidados não são o seu foco de atenção principal, como as áreas de oncologia, hematologia, CSP, CCI, entre outros. Por fim, os CP especializados têm como foco prestar cuidados a doentes paliativos complexos. É particularmente direcionado aos profissionais das ECSCP, EIHSCP e UCP, correspondendo ao nível C – formação avançada (CNCP, 2018).

No que se refere à prestação de cuidados, e de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos de (DGS, 2005), os CP deviam ser planeados de acordo com os seguintes níveis de diferenciação:

- Ação Paliativa que se refere ao nível básico de palição e corresponde à prestação de ações paliativas, sem recursos a equipas ou estruturas diferenciadas. Pode ser prestada em internamento, em ambulatório ou no domicílio, por qualquer profissional de saúde e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde; permitem dar resposta à maioria das situações não complexas que os

doentes e/ou as suas famílias apresentam. É importante nos serviços com elevada prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado.

- Cuidados Paliativos com três níveis. No Nível I os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada, que podem prestar cuidados diretamente ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas; estruturam-se como Equipas intra-hospitalares ou domiciliárias; podem ser prestados a doentes internados, ambulatoriais ou no domicílio. No Nível II garante-se apoio efetivo 24 horas por dia; os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares alargadas, em que todos têm formação diferenciada; normalmente são prestados nas UCP, podem incluir também cuidados domiciliários e em ambulatório. O Nível III corresponde a centros com elevada diferenciação e que se assumem como referência na prestação de CP, na formação e na investigação.

Atualmente, no Programa Estratégico de Cuidados Paliativos (PECP), são considerados apenas dois níveis de diferenciação (CNCP, 2018):

- Abordagem Paliativa, utilizada nos serviços em que existem doentes ocasionais com necessidades paliativas e onde é pretendido utilizar procedimentos de CP como o controlo de sintomas através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, estratégias de comunicação, entre outras. A RNCCI, os CSP e serviços hospitalares como Oncologia, Medicina Interna e Hematologia são alguns exemplos dos locais onde pode ser necessária esta abordagem. Assim, os serviços de CSP, pré-hospitalares, hospitalares e de CCI necessitam de identificar os doentes com necessidade paliativas e prestar cuidados de acordo com a abordagem paliativa. Em situações mais complexas, é fundamental solicitar colaboração de equipas de CP especializadas.

- CP especializados, que são prestados por equipas de CP, equipas multidisciplinares próprias e diferenciadas. Tratam-se de profissionais de saúde com formação avançada em CP que asseguram o acompanhamento do doente e da família com elevado grau de complexidade, o apoio a outros profissionais de saúde ao nível de consultadoria e assessoria e a cooperação com escolas superiores de saúde, universidades e centros de investigação de forma a divulgar os CP, o seu ensino e investigação.

Ainda segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DSG, 2005), o planeamento dos serviços depende das necessidades existentes que são determinadas pelo tipo de área (rural, urbana, semiurbana), pelos recursos existentes, pelo tipo de patologias, pela complexidade e pela prevalência da mortalidade. Além disso, a criação de uma equipa implica que os profissionais de saúde sejam treinados, tendo em conta o perfil dos doentes, nomeadamente a patologia, o estágio da doença, o nível de complexidade, assim como a tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário.

Por outro lado, no PECP atual, é estimado que para estimar o rácio de recursos em CP, é necessário ter em particular consideração o número de habitantes, o tipo de região e as suas características demográficas e geográficas (meio rural ou urbano, área geográfica abrangida, densidade populacional, índice de envelhecimento, entre outras), assim como o desenvolvimento socioeconómico da região (CNCP, 2018).

Relativamente ao acesso, a referenciação é realizada através dos sistemas de informação do SNS ou através de contacto pessoal ou telefónico. As equipas de CP necessitam de se articular entre si e com as restantes equipas pertencentes ao SNS (CNCP, 2018).

De acordo com os dados da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), em 2016 e em Portugal, a acessibilidade aos serviços de CP era, ainda, difícil, uma vez que além de existirem poucos, as suas localizações nem sempre seriam acessíveis a todos os portugueses. Os distritos com maior acessibilidade eram Lisboa e Porto, com UCP (internamento), equipas intra-hospitalares e equipas comunitárias, sendo algumas delas privadas. Desta forma, Lisboa apresentava nove unidades de internamento (duas privadas, duas semiprivadas e as restantes públicas), seis equipas intra-hospitalares (públicas) e três equipas comunitárias (sendo uma semiprivada). No Porto existiam quatro unidades de internamento (duas privadas), oito equipas intra-hospitalares (duas privadas) e cinco equipas comunitárias (sendo apenas uma privada.)

Seguia-se o distrito de Setúbal, também com serviços ao nível do internamento (quatro unidades públicas), três equipas intra-hospitalares e três equipas comunitárias (uma pública, uma privada e uma semiprivada). De seguida encontravam-se Faro, com uma unidade de internamento, duas equipas intra-hospitalares e duas comunitárias, Coimbra (com duas unidades de internamento, duas equipas intra-hospitalares e uma equipa comunitária) e Bragança com uma unidade de internamento, uma equipa intra-hospitalar e três equipas comunitárias. Depois, Beja com uma unidade de internamento, uma

equipa intra-hospitalar e duas equipas comunitárias. Braga e Portalegre apresentam uma unidade de internamento e duas equipas intra-hospitalares

Em Aveiro existiam duas equipas intra-hospitalares e em Castelo Branco uma unidade de internamento e uma equipa intra-hospitalar. Por sua vez, Viana do Castelo apresentava uma equipa intra-hospitalar e uma equipa comunitária, enquanto Vila Real apresentava uma unidade de internamento e uma equipa intra-hospitalar.

O distrito de Évora, Guarda, Santarém e Viseu apresentavam apenas uma unidade de internamento. Em Leiria não existiam, ainda, serviços para este tipo de cuidados ainda disponíveis.

Relativamente aos arquipélagos, a Madeira contava com uma unidade de internamento, uma equipa intra-hospitalar e uma comunitária e os Açores apenas com uma equipa intra-hospitalar e uma comunitária.

Dados mais atuais do Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP), permitem constatar, até maio de 2017, a existência de 79 equipas de CP, sendo cerca de $\frac{3}{4}$ de gestão pública e $\frac{1}{4}$ de gestão privada. Verificou-se a existência de pelo menos uma equipa em todas as regiões NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos) III de Portugal, exceto no Alto Tâmega, Região de Leiria, e Lezíria do Tejo, sendo Lisboa a área metropolitana com mais acessibilidade, com 26 equipas, seguida pelo Porto, com 9 equipas (OPCP, 2018).

Relativamente às unidades de internamento, existem 32, sendo metade de gestão pública. As áreas com maior acessibilidade encontram-se no Norte do país, Lisboa mantém-se como a área com maior número de unidades (11 e segue-se o Porto com 3 unidades), sendo que existem sete regiões do continente, ainda, sem unidades de internamento. Existe uma unidade em cada um dos arquipélagos (OPCP, 2018).

No que diz respeito às equipas intra-hospitalares, estas existem em 70 hospitais, sendo três privados. Em 43 hospitais as equipas estão sediadas no próprio hospital e em 27 as equipas, com sede noutro hospital, prestam auxílio pontual. Lisboa (n=16 equipas) e Porto (n=17 equipas) são as regiões com mais equipas, existindo 6 regiões NUTS III sem hospitais com equipas intra-hospitalares. Na Madeira existe apoio em três hospitais e nos Açores apenas num hospital (OPCP, 2018).

Finalmente, existem 26 equipas de cuidados paliativos domiciliários, sendo 22 de gestão pública. Validou-se que apenas 11 das 25 regiões NUTS III têm estas equipas que

Terras de Trás-os-Montes, Região de Coimbra, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Madeira têm uma só equipa para toda a região. Lisboa é a região com mais acessibilidade, sendo que a região mais carenciada é o interior centro do continente. Nos Açores existem duas equipas e na Madeira existe apenas uma equipa (OPCP, 2018).

Desta forma, importa salientar que, apesar da dificuldade na acessibilidade, o número de equipas tem vindo a aumentar, particularmente no interior do país.

1.3. *Os Cuidados Paliativos no âmbito da Enfermagem*

Em CP é essencial um cuidado complexo e multidimensional, que implica a atuação de profissionais das áreas da saúde e sociais, através da comunicação, apoiada na ética e com partilha de decisão entre os membros, atendendo às necessidades do doente e da família (Bragança 2011; Ahmedzai et al., 2010).

Os cuidados de enfermagem paliativos estão relacionados com as respostas das pessoas a um processo real ou potencial de limitação de vida por doença, pressupondo a avaliação, o diagnóstico e o tratamento e necessitando de uma relação dinâmica de cuidado ao doente e à família que permita reduzir o sofrimento associado (Bradley, 2001).

Face ao exposto, o enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra mais próximo do doente, acompanhando-o 24 horas por dia, assim como da família que o acompanha. Assim, apresenta uma posição privilegiada para implementar estratégias de comunicação, assim como planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem no cuidado ao doente e família (Bragança, 2011).

Apesar, destas considerações, é necessário que os enfermeiros ajustem as suas intervenções às necessidades de controlo de sintomas, conforto e apoio dos doentes e familiares neste tipo de cuidados. Não obstante, é igualmente importante a existência de um pensamento crítico, equilíbrio no funcionamento mental e utilização de intervenções de enfermagem paliativas complexas (Schroeder & Lorenz, 2018).

Neste contexto, Schroeder & Lorenz (2018) referem como competências essenciais a comunicação, a compaixão e a vulnerabilidade humana. Na comunicação o enfermeiro deve ser capaz de transmitir informação complexa sobre a progressão da doença, a

medicação, sintomas, tratamentos e o plano de cuidados ao próprio doente e à família que o acompanha (Schroeder & Lorenz, 2018). À medida que a morte se aproxima, importa considerar a existência de compaixão para com os doentes e a família de forma a fortalecer a relação terapêutica e a compaixão por si próprio, para prevenir a exaustão (Schroeder & Lorenz, 2018).

O sofrimento em CP não inclui apenas a vertente física, mas também a mental, emocional, social, sociocultural e espiritual (Valente, 2008). O conceito havia, aliás, já sido introduzido por Saunders (1964) ao propor o conceito de “Dor Total”.

Apesar disso, o sofrimento físico é, com frequência, aquele que assume maior destaque na perspetiva biomédica e está relacionado com o controlo sintomático, resultante do processo de doença e/ou dos tratamentos associados e também com as limitações funcionais e com diminuição de energia (Barbosa & Neto, 2006). Segundo Valente (2008), os sintomas mais frequentes são a dor, a depressão, a anorexia, a dispneia, a fadiga, a xerostomia, a ansiedade, o delírio e as náuseas, sendo, por isso, necessário reconhecê-los, avaliá-los e tratá-los. De acordo com Twycross (2003), os princípios gerais para o controlo dos sintomas são a avaliação (interpretar a causa, o mecanismo fisiopatológico associado, o impacto na vida do doente), a explicação (esclarecer a causa ao doente e à respetiva família, incluindo-os no tratamento), o controlo (não esperar pela queixa do doente, administrar a medicação logo no início dos sintomas, para que sejam melhor controlados), a observação (inclui a monitorização dos sintomas, através de métodos de registos, instrumentos de medida estandardizados, escalas de heteroavaliação) e a necessidade de atenção aos pormenores (que consiste na oferta de cuidados personalizados, contínuos, centrados binómio doente-família, promovendo a autonomia e a dignidade do doente, tendo presente que há sempre possibilidade de aliviar os sintomas e promover um ambiente de conforto e apoio para o doente).

De acordo com Caldeira et al (2016), é necessário que os enfermeiros, profissional e eticamente, assegurem as necessidades de cuidado dos doentes também na dimensão espiritual. Apesar de estas necessidades serem amplamente reconhecidas são, ainda pouco trabalhadas pelos estudantes de enfermagem, constituindo um progresso importante a inclusão da dimensão espiritual nos programas curriculares de alguns níveis de ensino em Portugal, nomeadamente ao nível das formações avançadas em CP (Caldeira et al., 2016).

De forma a assegurar um cuidado holístico, importa que o enfermeiro seja capaz de valorizar as características e as experiências passadas do doente. Assim, durante o processo de sofrimento, nas suas diferentes dimensões, é essencial que o enfermeiro assegure a dignidade e a qualidade de vida, através da proximidade de um cuidado humano que vai muito além do diagnóstico e do problema clínico e que ultrapassa as atividades e os procedimentos de enfermagem quotidianos (Becker, 2009).

2. Feridas em Cuidados Paliativos

A literatura sobre feridas em CP é ainda pouco profícua, mas tem vindo a crescer nos últimos anos. Neste âmbito em particular, Graves & Sun (2013), referem a existência de quatro tipos de feridas comuns em CP:

1. As **UP**, que se referem à lesão da pele e/ou tecido subjacente localizada numa proeminência óssea como resultado da pressão, cisalhamento e/ou fricção; sendo esta lesão condicionada pelos fatores extrínsecos como a intensidade e duração da pressão e fatores intrínsecos como mobilidade reduzida, alterações de sensibilidade e estado de consciência, desnutrição, entre outros – são classificadas em quatro categorias e tratam-se das feridas mais comuns em doentes crónicos e idosos, de acordo com as mesmas autoras.
2. As **feridas consideradas suspeitas de lesões de tecido profundo** caracterizam-se pela descoloração púrpura ou acastanhada de pele intacta ou por uma vesícula hemática, ambas provocadas por lesão dos tecidos moles devido a forças de pressão e/ou cisalhamento. A pele circundante pode encontrar-se dolorosa, quente ou fria ao toque e a evolução para tecido necrótico pode ser rápida. Estas feridas apresentam perda de tecido de espessura total, sendo que o leito da ferida se encontra “coberto” por tecido desvitalizado ou necrótico e, por isso, a profundidade da ferida apenas pode ser determinada quando for removido o tecido superficial.
3. As **feridas malignas**, que têm sido descritas como lesões provocadas pela infiltração na pele de células malignas de origem primária ou metastática. Trata-se de uma invasão do epitélio, que atravessa a superfície da pele, originando

feridas ulcerativas ou proliferativas e formando nódulos idênticos a uma couve-flor. Inicialmente podem surgir como úlceras ou nódulos eritematosos e com alopecia, sendo que progridem rapidamente - em 24 horas - e os sintomas incluem a dor, o exsudado, o odor fétido e a hemorragia. Estão indicadas como o terceiro tipo de feridas mais comuns.

4. As úlceras venosas, as úlceras arteriais, as úlceras de pé diabético e as feridas traumáticas, frequentemente designadas como “**outras feridas**”, nas quais se incluem também as Úlceras Terminais de Kennedy (UTK) como um tipo de úlcera por pressão, que aparecem no final de vida.

2.1. Úlceras Terminais de Kennedy

A primeira referência a de feridas em final de vida foi realizada pelo neuro fisiologista Jen-Martin Charcot. Charcot definiu o *Decubitus Ominosus* como um elemento pertencente a uma grande classificação de UP's que incluía *decubitus acutus* (úlcera que se apresenta unilateral) e *chronicus* (úlcera no sacro bilateral). Charcot acreditava que quando as fibras que ligavam o sistema nervoso central à pele eram interrompidas, originavam a lesão da pele no sacro e nádegas. Na sequência deste pensamento, o autor conjecturou que todas as UP's seriam inevitáveis quando o cérebro ou a coluna vertebral sofressem lesões e que a pressão teria pouca ou nenhuma importância no surgimento das feridas. Esta teoria foi refutada no século XX, uma vez que não foi possível ser demonstrada (Alvarez et al., 2016).

Alguns autores referem que diferentes feridas por pressão estão associadas a doença terminal ou falência da pele, como UTK, *Decubitus Ominosus*, SCALE (*Skin Changes at Life's End*), *Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries* e *Gluteal Compartment Syndrome* (Alvarez et al., 2016; Levine, 2016).

Tabela 1: Feridas por pressão relacionadas com doença terminal ou falência da pele.

Feridas por pressão relacionadas com doença terminal ou falência da pele (Alvarez et al., 2016; Levine, 2016)
UTK
Decubitus Ominosus
SCALE (Skin Changes at Life's End)
Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries
Gluteal Compartment Syndrome

No que diz respeito à UTK em particular, verificou-se um grande impulso em torno das mesmas com a investigação iniciada pela enfermeira Karen Lou Kennedy, que a descreveu pela primeira vez, em 1983, quando trabalhava numa unidade de longa duração, no *Byron Health Center*, no estado do Indiana, nos Estados Unidos da América. Nesse centro foi, então, constituída uma das primeiras *Skin Care Team*, com o objetivo de investigar úlceras por pressão, através de indicadores como a prevalência, o estado, a progressão e a mortalidade com estas feridas (Kennedy-Evans, 2009).

O estudo liderado por Kennedy (n=500 doentes) teve como principais objetivos avaliar por quanto tempo os doentes viviam após desenvolverem a UP, os dados encontrados revelaram que na grande maioria das pessoas que faleceram com uma UP (55,70%), a morte ocorreu até 6 semanas após a terem desenvolvido. Estes dados levaram à investigação da possibilidade de um determinado tipo de UP, ou de outro tipo de feridas, serem um importante indicador de falência orgânica e, por isso, serem sinal de morte iminente ou de morbilidade com rápida detioração (Kennedy-Evans, 2009; Alvarez et al., 2016; Reitz & Schindler, 2016).

Em 1989, este tipo de feridas passou, então, a ser denominado por Lesão Terminal de Kennedy e sendo definidas como um tipo particular de UP que se poderia desenvolver durante o processo de morte (Kennedy-Evans, 2009; Alvarez et al., 2016). Mais tarde, os médicos Stephen Glassley e Dolores Espino decidiram nomeá-las Úlceras Terminais de Kennedy, nomenclatura que perdura até hoje (Vera, 2014; Kennedy-Evans, 2009).

Por sua vez, Hanson et al (1991) realizaram um estudo epidemiológico que comparou dados de prevalência e incidência, verificando que 62,50% dos doentes internados num *hospice* desenvolveram úlceras por pressão nas duas últimas semanas de vida.

No que diz respeito à **fisiopatologia**, considera-se que as UTK surgem no final da vida por insuficiência vascular, quando o sangue é desviado da pele para os órgãos vitais como coração, cérebro, rins, pulmões, entre outros fatores (Vera, 2014; Reitz & Schindler, 2016).

A falência da pele ocorre por hipoperfusão da mesma e do tecido subcutâneo devido à grave disfunção ou falência de outros sistemas de órgãos (Alvarez et al., 2016).

Esta diminuição da perfusão sanguínea torna insuficiente a oxigenação da pele, uma vez que necessita de 25% a 35% de débito cardíaco para permanecer viável, o que tem como consequência a isquemia e, por fim, a lesão tecidual. Desta forma irá ocorrer falência da pele, um episódio agudo, em que por falência de outros sistemas orgânicos, esta hipoperfusão resulta na necrose do tecido subcutâneo e da própria pele (Vera, 2014; Reitz & Schindler, 2016).

Com efeito, a pele é um órgão semelhante aos restantes e, que por isso, pode entrar em falência, sobretudo com o seu envelhecimento. A integridade da pele depende do estado de funcionamento dos restantes órgãos para que seja assegurado o fluxo sanguíneo, a nutrição e a função imunitária. Fatores como o aumento da temperatura, a diminuição da circulação sanguínea e a pressão aumentam as necessidades de oxigenação da pele, podendo ter como consequências alterações na integridade da pele. Desta forma, em situação de desvio da circulação para os órgãos vitais, é perceptível a falência do órgão da pele (Schank, 2009).

De acordo com Langemo & Brown (2006), a falência da pele ocorre devido à hipoperfusão e à simultânea falência multiorgânica. Já Schank (2009) refere que ao contrário dos restantes órgãos, as alterações na pele são visíveis.

Importa realçar que Langemo & Brown (2006) classificaram, ainda, a falência de pele como:

- a) Crónica (morte da pele e do tecido que ocorre em conjunto com múltiplas comorbilidades crónicas, que levam à insuficiência orgânica e consequente falência de pele);

- b) Fase final (ocorre nos últimos dias ou semanas de vida, sendo que as manifestações físicas da falência da pele podem ocorrer num curto espaço de tempo, com destruição profunda da pele visível em dias ou mesmo horas);
- c) Aguda (estado de hipoperfusão que leva à morte de tecido que ocorre simultaneamente com uma doença crítica, trata-se de uma lesão relacionada com a pressão associada instabilidade hemodinâmica/compromisso dos órgãos vitais).

Um estudo de Thomas (2003) permitiu verificar que apesar das medidas extrínsecas aplicadas como a alternância de pressão e a nutrição, fatores intrínsecos podem ter uma maior influência para a cicatrização das feridas.

Num outro estudo, colocou-se a hipótese de que a falência da pele teria origem numa combinação entre imobilidade e múltipla falência orgânica ou a uma outra forma de patologia fisiológica que levaria à ulceração em doentes em que as medidas preventivas eram aplicáveis (Levine, et al., 2009). Outro estudo encontrou uma relação entre a presença de sépsis, falência renal e falência da pele, assim como, uma relação entre o uso de vários vasopressores e a falência da pele (Curry et al., 2012).

Desta forma, as UTK, tal como o próprio nome indica, constituem um tipo de úlcera por pressão que algumas pessoas desenvolvem durante o processo de morte (Vera, 2014; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016). Apresentam características específicas e, habitualmente, surgem como uma abrasão, vesícula ou região escurecida, evoluindo rapidamente para os estádios II, III ou IV (Kennedy-Evans, 2009). Implicam a lesão dos tecidos profundos, surgem subitamente, agravando-se, rapidamente, de categoria I para IV, em apenas algumas horas (Roca-Biosca et al., 2016). Localizam-se, geralmente, no sacro ou no cóccix, podendo aparecer também noutras regiões. Os bordos são irregulares e têm a forma de uma borboleta, pera ou ferradura. À medida que a úlcera progride, a coloração pode variar de vermelha, amarela, roxa ou preta. Além disso, aparentam ter sido desenvolvida há mais tempo do que realmente foi, como há vários dias ou semanas (Kennedy-Evans, 2009).

A profundidade é inicialmente pequena. Pioram drasticamente (em tamanho e profundidade) em apenas algumas horas e sugerem que a morte ocorrerá, muito provavelmente, entre duas horas a seis semanas. Neste sentido, ainda que nem sempre consideradas, as UTK atuam como um critério de mau prognóstico. Têm sido

maioritariamente descritas na população geriátrica relativamente à pediátrica (Reitz & Schindler, 2016).



Figura 3: Características das Úlceras Terminais de Kennedy.

Na literatura parece haver consenso no que diz respeito ao i) aparecimento das UTK, sendo que a expectativa de vida é de algumas horas até seis semanas e à ii) evolução. Neste âmbito, e regra geral, nas primeiras 24 a 48 horas surge o tecido necrótico, com progresso rápido, indicando que a morte está próxima. Também há acordo quanto ao iii) aspeto, nomeadamente quanto à forma inicial de abrasão ou flictena, à irregularidade dos bordos da ferida; à forma de pera, borboleta ou ferradura e à coloração que varia desde vermelha, amarelada, roxa, até negra (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016). Quanto à localização é comum os autores referirem a região sacrococcígea, os calcâneos e a área posterior das pernas. No geral, os autores concordam também que as UTK indicam clinicamente que há falência do maior órgão humano, a pele, e que indicam, consequentemente, a morte próxima (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016).

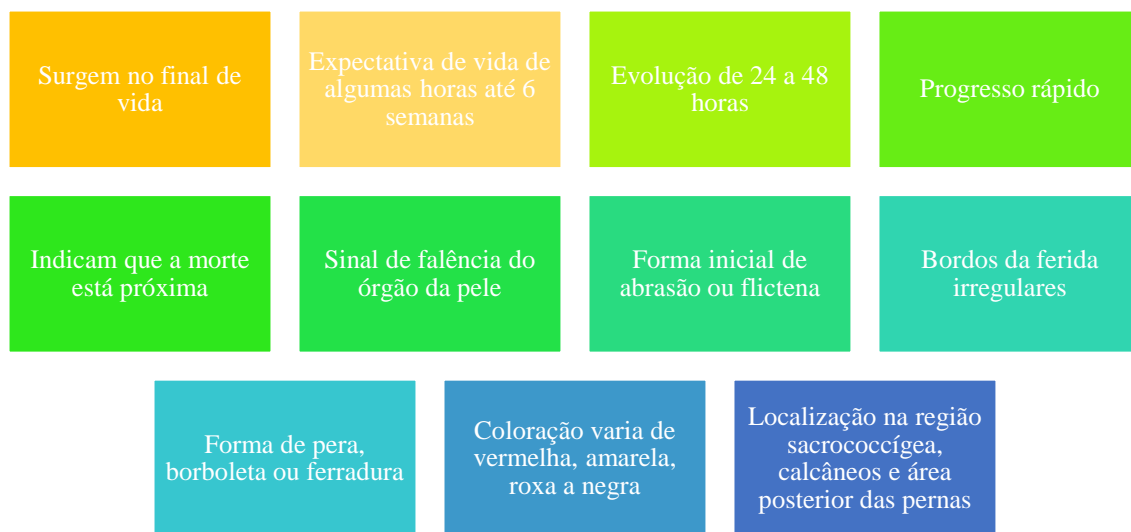


Figura 4: Pontos de consenso entre os autores sobre as Úlceras Terminais de Kennedy.

De acordo com Reitz & Schindler (2016), os **fatores de risco** associados ao desenvolvimento de UTK incluem a anemia, malnutrição insuficiência respiratória, diabetes mellitus, hipoalbuminemia, hipoxia, doença renal e falência de um ou mais órgãos, para além de pele. Outros fatores que poderão contribuir para o seu desenvolvimento são o uso de vasopressores, colchões térmicos e imobilidade, uma vez que promovem a diminuição da perfusão sanguínea.

Além disso, os doentes que têm um maior risco de hipoperfusão são aqueles que apresentam Falência Multiorgânica (MOF – *Multiorganic Failure*) ou Síndrome de Disfunção Multiorgânica (MODS - *Multiorganic Dysfunction Syndrome*), surgindo por disfunção microvascular, associada a maiores exigências de oxigenação e por vasoconstrição (Alvarez et al., 2016).

O desenvolvimento de UTK é, então, um indicador de que a morte ocorrerá de algumas horas a 6-8 semanas. E, além disso, o correto diagnóstico da UTK permite proteger os profissionais de saúde de negligência do aparecimento de UP na região sacrococcígea (Yastrub, 2010).

É essencial referir que alguns autores incluem as UTK como um subtipo de UP (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Alvarez et al., 2016), enquanto

outros autores apenas mencionam a necessidade de as diferenciar para o correto diagnóstico (Silva et al., 2016).

Desta forma, e no que diz respeito à **diferenciação entre UP's e UTK's**, a partir da literatura existente, é possível compreender que a principal causa das UP's são a pressão não aliviada, que juntamente com forças de cisalhamento e fricção, causam isquemia e, consequente, lesão da pele. Apesar de o sistema vascular ser capaz de manter a circulação sanguínea necessária para assegurar as necessidades mínimas de oxigenação e nutrição da pele, muitas vezes a insuficiência sanguínea não é capaz de assegurar a sua oxigenação e nutrição, levando à isquemia, a não ser que a circulação seja reestabelecida (Yastrub, 2010).

A UP trata-se, então, de uma lesão provocada por pressão não aliviada que danifica o tecido subjacente. Enquanto as UP's surgem por pressão, acompanhada por forças de fricção e cisalhamento (por fatores extrínsecos), as UTK's aparecem quando o sistema vascular não é capaz de assegurar a eficaz perfusão da pele, tendo origem em fatores intrínsecos como a hipoperfusão e isquemia, associada à falência multiorgânica. Sendo a insuficiência vascular uma consequência inevitável do processo de morte que ocorre por falência multiorgânica, a falência da pele e resultante lesão, é igualmente inevitável (Yastrub, 2010; Reitz & Schindler, 2016).

Além disso, o tempo é referido como o fator diferencial. Enquanto as UP's se desenvolvem durante 24 horas por maus cuidados à pele e aparecem em cinco dias, as UTK's desenvolvem-se inesperadamente e com acelerada progressão, geralmente em apenas algumas horas (Schank, 2009).

Yastrub (2010) refere que a distinção entre UP e UTK deve ser realizada para assegurar um cuidado adequado ao doente e à família. Relativamente à identificação, os autores referem a existência de critérios específicos para a identificação da UTK, face à UP (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016):

1. Esperança média de vida igual ou inferior a seis meses por doença terminal e comorbilidades associadas;
2. A ferida localiza-se em proeminências ósseas ou outros locais de pressão (como região sacrococcígea, calcâneos, cotovelos, costas, anca);
3. A ferida apresenta um tecido descolorado semelhante a uma borboleta, pera ou ferradura;

4. A coloração manifesta-se de acordo com a gravidade da lesão e pode variar de roxo, vermelho, azul e preto;
5. A ferida tem um início súbito – síndrome 3:30, que indica que a ferida se desenvolve após algumas horas - e uma progressão extremamente rápida de um a dois dias;
6. Os bordos da ferida são irregulares.

Tabela 2: Diferenças entre Úlceras por Pressão e Úlceras Terminais de Kennedy.

UP	UTK
<ul style="list-style-type: none"> • Origem em fatores extrínsecos • Pressão não aliviada + cisalhamento + fricção • Compromisso no sistema vascular • Isquemia e lesão da pele • Desenvolvem-se durante 24 horas por maus cuidados, surgindo em cinco dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Origem em fatores intrínsecos • Falência multiorgânica • Insuficiência vascular • Hipoperfusão • Isquemia e lesão da pele • Desenvolvem-se inesperadamente e com rápida progressão, surgindo em algumas horas

Importa referir que para estabelecer o diagnóstico de UTK, é necessário conhecer o historial clínico da pessoa, medicação, análises clínicas laboratoriais e na população geriátrica é importante ter em conta as comorbilidades e o envelhecimento da pele associados (Yastrub, 2010).

A este propósito, *The National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) realizou duas conferências para encontrar um consenso acerca dos fatores relacionados com as UP's inevitáveis. Estabeleceu-se que a maioria das UP's, mas não todas, são evitáveis. Alguns pontos de consenso estão associados ao facto de que mesmo que a pressão suficiente seja removida do corpo, a pele pode não sobreviver, não evitando o aparecimento de uma ferida inevitável e que a falência de pele não é igual a uma ferida por pressão. Além disso, foi também acordado que existem situações clínicas e comorbilidade associadas que tornam o desenvolvimento de UP's inevitável, como a

instabilidade hemodinâmica - que piora com a movimentação, a incapacidade para manter a nutrição e a hidratação e a existência de um impedimento para a nutrição e hidratação artificial (Alvarez et al., 2016; Black, et al., 2011).

Na sequência do NPUAP foram, também, revistas as definições de UP inevitável e UP evitável, estabelecidas no *Centers for Medicare & Medicaid Services Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities*. As definições estabelecidas pelo NPUAP aplicam-se a todo o tipo de unidades de cuidados. Assim, a UP inevitável desenvolve-se mesmo quando o cuidador avaliou a condição clínica e o risco de UP; implementou intervenções de acordo com as necessidades e de acordo com os *standards*; avaliou o impacto das intervenções; e reviu o método (Alvarez et al., 2016; Black, et al., 2011). Não estão ainda clinicamente definidas as feridas que correspondem as UP's inevitáveis, sendo que também não existem algoritmos validados para determinar a inevitabilidade das UP's (Alvarez et al., 2016).

Um estudo de Varon e Marik (1999) concluiu que a falência da pele ocorre por vários fatores, pois em doentes com falência renal, respiratória ou com falência de mais de um sistema de órgãos sem incluir a pele, é expectável a falência da pele e o consequente desenvolvimento de UP's é, presumivelmente, inevitável.

Outro estudo de Lee et. al (2012) reviu registos de doentes com UP no sacro com o objetivo de identificar fatores de risco associados às diferentes categorias das UP's. Perceberam que 72% tinham idade superior a 65 anos e que mais de 65% tinham disfunção de pelo menos um órgão ou outra doença severa.

Em 2008, a UTK foi determinada como um tipo de úlcera inevitável pela *American Medical Directors Association* (AMDA) (Schank, 2009). Também em 2008, em Chicago, foi enunciada uma declaração consensual sobre as SCALE, que foi publicado em outubro de 2009 (Karen Kennedy-Evans, 2009; Schank, 2009).

Para o adequado diagnóstico das úlceras inevitáveis, é essencial a colheita de dados. Caso a família não esteja presente e pessoa não esteja capaz para responder às questões colocadas, a autora recomenda analisar o peso, a altura, a medicação, assim como um exame físico completo, identificando cicatrizes, erupções cutâneas, crescimento do cabelo, amputações, pigmentações de pele, pulsos e reflexos do tendão profundo. É aconselhável também a realização de análises sanguíneas que incluem um hemograma,

níveis de albumina, interleucinas 2, 6 e 10 e o fator de necrose tumoral, para perceber se as células do doente são capazes de absorver nutrientes (Yastrub, 2010).

Após a percepção de que a morte é iminente, importa estabelecer objetivos realistas com a pessoa e com a família para promover o conforto e a qualidade de vida e não para cicatrizar a ferida (Yastrub, 2010).

As **intervenções** com o doente e família devem ter em especial consideração a rápida detioração da pessoa, bem como os efeitos dessa detioração na circulação sanguínea sistémica e nas alterações que poderão surgir na pele (Yastrub, 2010).

O aconselhamento e informação ao doente e família permitem não só diminuir os défices de conhecimento sobre a situação que está a ocorrer, alertando-os para a proximidade da morte mas, também, desmistificar a ideia de que as feridas terão surgido por negligência dos profissionais de saúde (ou da própria família) e, assim, promover algum conforto psicológico (Yastrub, 2010).

Compreender o diagnóstico de UTK permite à equipa alterar fatores de risco modificáveis e preparar a família para a possibilidade de CP. Desta forma, enquanto as UP's estão associadas a falta de cuidado, as UTK's são um sinal de disfunção do órgão da pele. Além disso, as UTK's parecem ter sido originadas há mais dias ou semanas do que realmente foram e desenvolvem-se independentemente das medidas preventivas (Reitz & Schindler, 2016).

Após a identificação da UTK por parte da equipa de saúde, importa que a equipa multidisciplinar se reúna no sentido de debater sobre as manifestações da ferida, o impacto que poderá provocar no doente, instruir o próprio doente e a família da situação, assim como, decidir sobre o plano de cuidados (Vera, 2014).

CAPÍTULO II: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo descreve a investigação realizada, que inclui dois estudos. O primeiro estudo (estudo I) pretende sistematizar a produção científica publicada sobre UTK, enquanto no estudo II é explorado o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK.

1. Estudo I

Nesta secção apresenta-se o desenho de investigação referente ao Estudo I.

1.1. Metodologia

Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura, segundo os critérios propostos pelas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2010).

A pesquisa decorreu nas bases de dados da PubMed, Web of Science, EBSCO (*all databases*), Scielo, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Cochrane e *JB I Database of Systematic Reviews*. Os descritores utilizados em cada base de dados encontram-se sistematizados na **Tabela 3**.

Tabela 3: Resumo da Pesquisa nas Bases de Dados.

Base de Dados	Descritores	n (inicial)
PubMed	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	944
Web of Science	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	882
The Cochrane Database of Systematic Reviews	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	51
JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	1740
Scielo	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	0
EBSCO	"Kennedy Terminal Ulcer" OR "End of Life Ulcer" OR "Terminal Ulcer"	0

Objetivos e Questão de Investigação

O estudo teve como questões de partida as seguintes questões orientadoras:

- Qual o conhecimento produzido e publicado em revistas indexadas, com revisão por pares, sobre as UTK?
- Qual o significado do conceito de Úlceras Terminais de Kennedy na literatura científica?
- Qual o contributo dos enfermeiros na evidência científica sobre UTK?

A partir das seguintes questões definiram-se os seguintes objetivos:

- Sistematizar a produção científica publicada sobre UTK;
- Clarificar o conceito de UTK na literatura científica;
- Sistematizar a evidência científica sobre UTK, produzida por enfermeiros.

Crêterios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos publicados em Português, Inglês ou Espanhol, com origem em artigos publicados em revistas científicas, indexadas com resumo disponível, sem limite temporal, até 31 de dezembro de 2017. Foram excluídos artigos de opinião, apresenta es em conferências e protocolos de pesquisa. Os estudos deviam indicar claramente o autor, o ano, o tipo de estudo, o objetivo do estudo, a amostra e os resultados.

Sele o e avalia o da qualidade metodológica dos estudos

Os estudos foram selecionados pela análise sequencial do título, resumo e leitura do artigo na sua versão integral e classificados em irrelevantes ou relevantes, mediante o cumprimento dos cr terios de elegibilidade definidos.

Da análise da literatura constatou-se que não existe, até   data, um instrumento genérico, consensual, válido e fiável, para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, pelo que houve a necessidade de elaborar um instrumento de avalia o próprio. Este instrumento contemplou os seguintes cr terios de avalia o: clara defini o do problema em estudo e descri o dos objetivos e tipo de estudo. Atribui-se a pontua o de 1 quando o item estava presente e zero quando era duvidoso ou ausente.

Extra o, Síntese e Análise dos Dados

Os dados foram extraídos através do programa EndNote X6 e, uma vez extraídos os duplicados, foram exportados para um ficheiro Excel, sendo posteriormente analisados de forma conjunta.

Extraíram-se dados relativos   autoria do trabalho, ano de publica o, desenho do estudo, participantes, contexto do estudo e elementos caracterizadores das UTK.

1.2. Resultados

Numa fase inicial encontraram-se 3617 estudos, tendo sido incluídos na presente revisão 11 estudos (**Figura 5**).

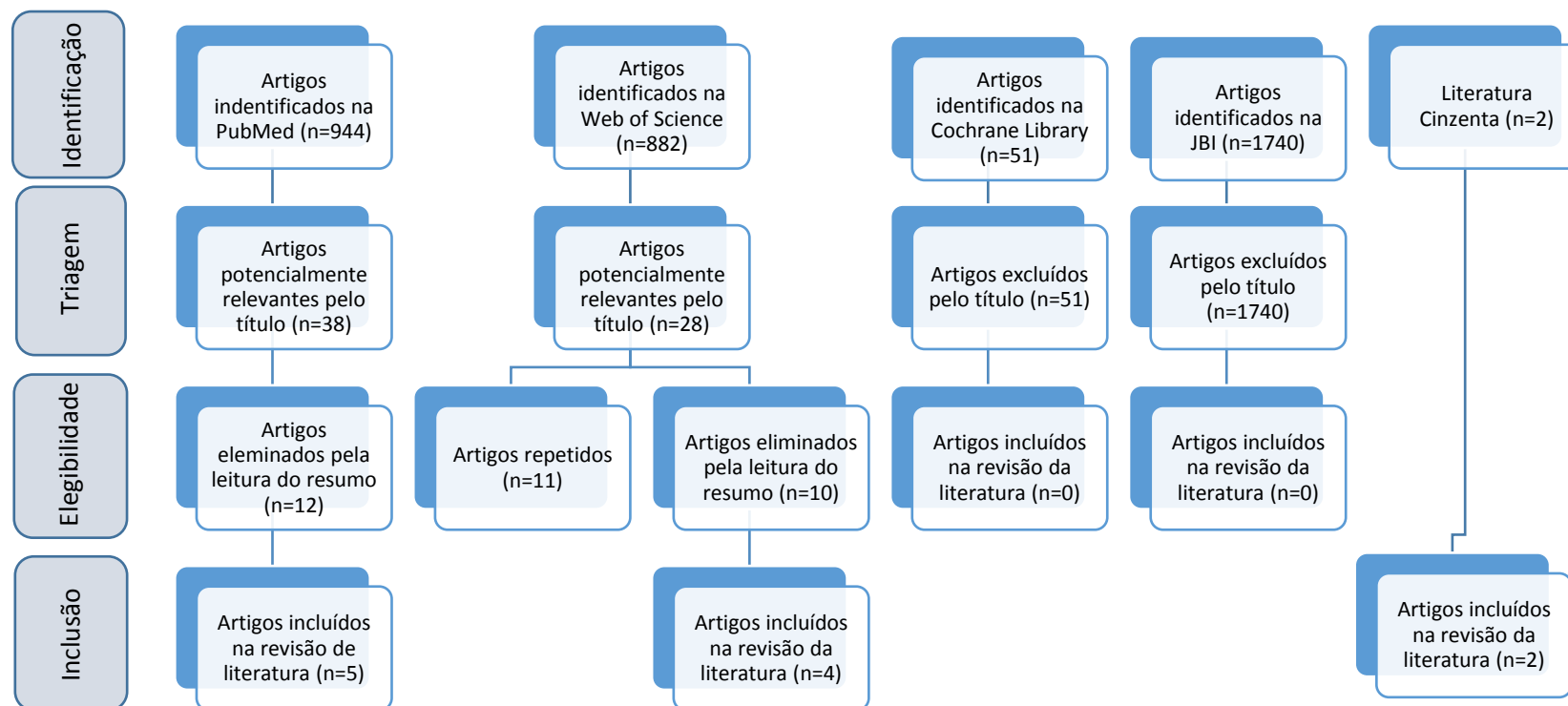


Figura 5: Diagrama PRISMA.

Os estudos incluídos apresentam-se, em síntese, na **Tabela 4**.

Tabela 4: Identificação dos estudos incluídos na Revisão (n=11).

Autor (ano)	Título do Estudo	Revista e País	Tipo de Estudo	Objetivos do Estudo	Amostra	Caracterização da Amostra	Intervalo de tempo desde o diagnóstico até à morte	Resultados
Roca-Biosca, A; Rubio-Rico, L.; Velasco-Guillen, M. C. & Anguera-Saperas, L. (2016)	<i>Adecuación del método científico ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy</i>	Revista Enfermería Intensiva, Espanha	Estudo de caso	Elaborar um plano de cuidados para identificar as necessidades de um doente com UTK	n=1 (População Adulta)	Idade: 69 anos; Patologia: Insuficiência Respiratória	72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico de UTK ajuda a equipa na tomada de decisão, quando consideram a limitação do tratamento de suporte de vida e à adequação do plano de cuidados. • Os objetivos de enfermagem devem dirigir-se à promoção da qualidade de vida e não à promoção da cicatrização da ferida. • A adequação do plano de cuidados permitiu evitar o prolongamento desapropriado da vida do doente, intervindo de forma adequada às necessidades físicas do doente e espirituais da família.
Reitz, M & Schindler, C (2016)	<i>Pediatric Kennedy Terminal Ulcer</i>	Journal of Pediatric Health Care, EUA	Estudo de caso	Descrever a diferença entre úlceras de pressão através de um caso clínico de UTK em contexto pediátrico	n=1 (População Pediátrica)	Idade: 5 meses; Patologia: Insuficiência Cardíaca	24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Perante a falência de pele em crianças, mesmo executando as intervenções adequadas, as UTK's podem desenvolver-se devido à gravidade da doença. • Embora o grande objetivo da equipa pediátrica seja a cura, podem estabelecer-se outros objetivos mais adequados como o controlo da dor, prevenir a infeção e controlar o exsudado para proteger a pele circundante da maceração. • O tratamento à ferida deve ser realizado com material que não seja necessário trocar diariamente, posicionar frequentemente e proporcionar a analgesia adequada.
Schank, J. E. (2009)	<i>Kennedy Terminal Ulcer: the "Ah-Ha!" Moment and Diagnosis</i>	Ostomy Wound Management, EUA	Estudo de caso	Descrever dois casos com alterações generalizadas da pele e o particular desenvolvimento de UTK associados ao fim de vida	n=2 (População Adulta)	<u>Caso clínico 1</u> Idade: 80 anos; Patologia: Doença de Alzheimer <u>Caso clínico 2</u> Idade: 63 anos; Patologia: Esclerose Múltipla	<u>Caso clínico 1:</u> 6 semanas <u>Caso clínico 2:</u> 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> • É essencial esclarecer o doente e a família que a ferida aparece devido à iminência da morte e, não, devido a maus cuidados ou negligência dos profissionais. • Importa facilitar a tomada de decisão numa perspetiva paliativa, em vez de curativa. • É necessário mais investigação, para responder a questões sobre a etiologia específica, a incidência/prevalência e os fatores de risco para a falência de pele. • Devem ser utilizadas as recomendações da SCALE para orientar a prestação de cuidados.

Miner, K. J. (2009)	<i>Discharge to Hospice: A Kennedy Terminal Ulcer Case Report</i>	Journal of the American College of Certified Wound Specialists, Elsevier, EUA	Estudo de caso	Descrever um caso em que, na fase agónica da doença terminal, surgiram alterações na pele	n=1 (População Adulta)	Idade: Sem informação; Patologia: Glioblastoma Multiforme	48 horas	<ul style="list-style-type: none"> As UTK são inicialmente superficiais, surgem repentinamente, progridem rapidamente em tamanho e profundidade e estão relacionadas com a falência multiorgânica no fim de vida. Representa um sinal de morte iminente.
Trombley, K.; Brennan, M. R. & Kline, M. (2012)	<i>Prelude to Death or Practice Failure? Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries</i>	American Journal of Hospice & Palliative Medicine, EUA	Estudo de coorte retrospectivo	Definir, descrever, comparar e diferenciar as alterações de pele observadas no fim de vida	n=80 doentes em cuidados paliativos (População Adulta)	Idades: 35-79 anos; Patologias: Neurológica, Renal, Cancro, Gastrointestinal, Respiratória, Cardíaca, entre outras.	Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> Referem-se às lesões observadas como <i>Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries</i>, que apesar de terem características em comum com as UTK como a rápida evolução e progressão, incluem diferenças como o aparecimento em áreas de pouca ou nenhuma pressão, coloração púrpura não branqueável e imagem espelhada na extremidade oposta. Apesar do cumprimento ativo dos protocolos de cuidados à pele, ambas as lesões se desenvolvem em áreas que não sofreram trauma ou sujeitas a pressão, revelando a existência de lesões, de facto, inevitáveis.
Navaid, M.; Melvin, T.; Berube, J. & Dotson, S. (2010)	<i>Principles of Wound Care in Hospice and Palliative Medicine</i>	American Journal of Hospice & Palliative Medicine, EUA	Estudo de caso	Não estão explícitos	n=1 doente (População Geriátrica)	Idade: 78 anos; Patologia: Doença de Parkinson	Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> O método paliativo de tratamento inclui a prevenção; o conforto e palição; modelo de tratamento em CP e custo do cuidado. Conforto e palição incluem manter, promover e restaurar a integridade da pele; promover o cumprimento do plano de cuidados; se surgir uma úlcera perto do final de vida, o objetivo passa de curativo ao conforto, com controlo da dor, exsudado e odor; educação das equipas de saúde, doente e família sobre a prevenção de feridas
Graves, M. L. & Sun, V. (2013)	<i>Providing Quality Wound Care at the End of Life</i>	Journal of Hospice & Palliative Nursing, EUA	Estudo de caso	Descrever um caso de UTK e de como foi abordado em CP	n=1 (População Geriátrica)	Idade: 77 anos; Patologia: Infecção após <i>bypass distal</i>	Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> A atual literatura, assim como a prática clínica sugerem que o cuidado a feridas paliativas é uma necessidade comum e complexa, com um impacto negativo no bem-estar das pessoas. Apesar de terem sido feitos progressos na avaliação e gestão das feridas, é necessária mais investigação sobre o tema.
Krasner, D. L. & Stewart, T. P. (2015)	<i>SCALE Wounds: Unavoidable Pressure Injury</i>	WOUNDS, EUA	Estudo de caso	Descrever o caso de um doente com uma fissura que se desenvolveu numa ferida SCALE	n=1 (População Geriátrica)	Idade: 92 anos; Patologia: Doença de Alzheimer	48 horas	<ul style="list-style-type: none"> O objetivo foi promover o conforto e o alívio do sofrimento no final de vida. As feridas SCALE constituem um desafio para os profissionais da saúde para que avaliem cuidadosamente as feridas em final de vida e assim determinem as necessidades individuais e, dessa forma, realizem um plano de cuidados personalizado capaz de promover o conforto e reduzir a dor e o sofrimento no final da vida.

Horn, J. & Irion G. L. (2014)	<i>The Integument: Current Concepts in Care at End of Life</i>	Journal of Acute Care Physical Therapy, EUA	Estudo de caso	Discutir os antecedentes necessários para desenvolver um plano significativo de cuidados para questões tegumentares que acompanham o fim da vida	n=4 (População Geriátrica)	<u>Caso clínico 1</u> Idade: 70 anos; Patologia: Cancro <u>Caso clínico 2</u> Idade: 72 anos; Patologia: Cancro Pulmão <u>Caso clínico 3</u> Idade: 44 anos; Patologia: Esclerose Lateral Amiotrófica <u>Caso clínico 4</u> Idade: 97 anos; Patologia: Múltipla Falência Orgânica	<u>Caso clínico 1:</u> Sem informação <u>Caso clínico 2:</u> Sem informação <u>Caso clínico 3:</u> Sem informação <u>Caso clínico 4:</u> Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> A família deve ser envolvida o mais possível. O envolvimento de outros profissionais de saúde traz benefícios para o doente em termos de conforto e mobilidade. Foram introduzidos múltiplos conceitos, definições e siglas em CP, mas não foi ainda criada nenhuma <i>guideline</i> ou orientação para todos os profissionais de saúde. Embora tenham sido apresentados os princípios gerais e a descrição dos casos, a melhor prática para o cuidado a feridas em final de vida não foram ainda determinadas.
Bachero, J. G. & Vizcaino, T. F. (2014)	<i>Poliulceración en paciente terminal: Úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos</i>	Enferm Dermatol, Espanha	Estudo de caso	Promover o conforto para o doente terminal através de um plano de cuidados	n=1 (População Geriátrica)	Idade: 92 anos; Patologia: Doença de Alzheimer	48 horas aproximadamente	<ul style="list-style-type: none"> O aparecimento de uma UTK num doente paliativo é sinal de que o fim está próximo. O tratamento às feridas deve ter como prioridade o conforto da pessoa, sendo os apósitos selecionados tendo em conta as orientações atualizadas e que permitam um intervalo de tempo suficiente para evitar o desconforto que é provocado. Os objetivos relacionam-se com o alívio da pressão, da dor e do odor, manter a ferida limpa, evitar a obstinação terapêutica e apoiar a família no processo de luto.
Jeffrey M. Levine (2016)	<i>Skin Failure: An Emerging Concept</i>	JAMDA Elsevier, EUA	Estudo de caso	Esclarecer sobre a nomenclatura associada ao fim de vida, através do reconhecimento da falha da pele como diagnóstico clínico, que partilha mecanismos semelhantes aos restantes órgãos	n=3 (População Adulta e Geriátrica)	<u>Caso clínico 1</u> Idade: 68 anos; Patologias: Dispneia e Cancro da Próstata <u>Caso clínico 2</u> Idade: 55 anos; Patologias: Hipotensão com perfuração do cólon e peritonite séptica <u>Caso clínico 3</u> Idade: 87 anos; Patologia: Doença de Alzheimer	<u>Caso Clínico 1:</u> 4 meses <u>Caso Clínico 2:</u> Sem informação <u>Caso Clínico 3:</u> 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> O reconhecimento da falência da pele como diagnóstico clínico poderá estabelecer novas orientações para a investigação. A falência da pele deve ser diagnosticada quando não desempenhar as funções vitais como a manutenção ao nível vasomotor, da temperatura corporal, do equilíbrio hídrico e da proteção contra infeções e lesões traumáticas. Neste modelo, as UTK, SCALE e TB-TTI são manifestações dessa falência orgânica Importa a colaboração entre os profissionais da saúde, criando uma abordagem multidisciplinar.

Foi possível constatar que a partir do termo de pesquisa “Kennedy Terminal Ulcer” e da frase de pesquisa “‘Kennedy Terminal Ulcer’ OR ‘End of Life Ulcer’ OR ‘Terminal Ulcer’”, os resultados surgiram em, apenas, quatro das seis bases de dados pesquisadas.

A base de dados em que surgem mais resultados foi a *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* (1740), seguida pela *PubMed* (944), pela *Web of Science* (882) e, finalmente, pela *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (51).

Nas bases de dados *EBSCO* e *Scielo* não foram obtidos resultados.

Na *PubMed*, dos 944 artigos encontrados, foram selecionados 38 pela relevância do título, 15 foram eliminados pela leitura do resumo, quatro foram excluídos pela leitura do artigo completo e cinco foram incluídos na investigação.

Relativamente à *Web of Science*, dos 882 resultados obtidos, 28 foram selecionados como potencialmente relevantes pelo título, excluíram-se 12 artigos por se encontrarem repetidos, 11 foram eliminados pela leitura do resumo e dois foram eliminados pela leitura completa do artigo. Assim, na revisão da literatura incluíram-se quatro artigos.

Importa referir que em duas das bases de dados em que surgiram resultados, nomeadamente, na *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, não foram incluídos artigos, uma vez que estes não se reportavam, especificamente, a UTK ou úlceras desenvolvidas em contexto de fim de vida.

Foram ainda incluídos dois artigos obtidos pela análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos.

Desta forma, a revisão da literatura incluiu **11** artigos científicos, publicados entre 2009 e 2016.

A partir dos artigos científicos selecionados analisados, constatou-se que a maioria tem origem nos Estados Unidos da América (n=9) (Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Trombley et al., 2012; Navaid et al., 2010; Graves & Sun, 2013; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Levine, 2016) e, por isso, a língua predominante é a inglesa, existindo apenas dois estudos em espanhol (Roca-Biosca, 2016; Bachero & Vizcaino, 2014) e nenhum em português.

Importa referir que a maioria dos artigos analisados são estudos de caso (n=10), existindo apenas um estudo de coorte retrospectivo (n=1) (**Tabela 4**).

No que se refere à produção científica produzida por enfermeiros, verifica-se que a grande maioria dos estudos (n=9) foram liderados por enfermeiros (Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Trombley et al., 2012; Navaid et al., 2010; Graves & Sun, 2013; Krasner & Stewart, 2015; Roca-Biosca, 2016; Bachero & Vizcaino, 2014). Apesar disso, encontraram-se, também, estudos liderados por outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e fisioterapeutas (n=2) (Horn & Irion, 2014; Levine, 2016).

No que se refere ao significado do conceito de UTK verifica-se que este é ainda utilizado de forma bastante heterogénea. Assim, nos estudos encontrados, observa-se referência ao conceito de *Úlcera Terminal de Kennedy* (n=8) (Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Trombley et al., 2012; Graves & Sun, 2013; Roca-Biosca, 2016; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016) e *Feridas em Cuidados Paliativos* (n=3) (Navaid et al., 2010; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014).

Apesar desta diferença conceptual, há acordo quanto ao aparecimento destas feridas como sinal de morte iminente, surgindo na fase final de vida, cerca de seis semanas até horas antes do falecimento (Schank, 2009; Miner, 2009; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016). É ainda consensual que as UTK surgem repentinamente, com forma inicial de abrasão, mancha escura ou vesícula, progredindo rapidamente para feridas profundas, exsudativas e necrosadas, aparentando uma existência superior à real (Miner, 2009; Reitz & Schindler, 2016; Trombley et al., 2012; Graves & Sun, 2013; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

Podendo surgir em qualquer local de proeminência óssea, as áreas onde têm sido descritas mais frequentemente são a região sacrococcígea e posterior das pernas, assim como, nos calcâneos (Miner, 2009; Reitz & Schindler, 2016; Trombley et al., 2012; Graves & Sun, 2013; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

Quanto à aparência existe também concordância. A coloração, habitualmente, varia de vermelho, amarelo, roxo e preta, consensualmente. Já no que diz respeito à forma, os autores mencionam a de pera, ferradura e borboleta. E os bordos são sempre referidos como irregulares (Miner, 2009; Reitz & Schindler, 2016; Trombley et al., 2012; Graves & Sun, 2013; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

Existe igualmente acordo quanto à origem das feridas, estando relacionada com um estado de falência multiorgânica que, naturalmente, afeta também o maior órgão do corpo humano, a pele (Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016). No que diz respeito, então, à fisiopatologia, as UTK surgem por falência do sistema vascular, associada uma falência geral dos sistemas de órgãos, que tem como consequência a hipoperfusão tecidual, a isquemia da pele e, dessa forma, a carência de oxigénio e nutrientes, em que os mecanismos compensatórios não são suficientes, origina a lesão da pele (Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

Apesar de serem descritas mais frequentemente em idosos, existem relatos da existência de UTK's na população pediátrica (Reitz & Schindler, 2016).

1.3. Discussão

Os dados encontrados merecem uma análise prudente. Por um lado, verifica-se que o conceito de Úlcera Terminal de Kennedy não está codificado nas bases de dados pesquisadas o que poderá ter introduzido um viés importante na seleção dos estudos. Em algumas bases de dados, como por exemplo, na *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, apesar de surgirem vários estudos, a pesquisa assumiu os conceitos de “úlceras” ou “terminal” e, por isso, nenhum dos resultados satisfazia os critérios de elegibilidade definidos.

No que se concerne ao desenho do estudo, observa-se também que a grande maioria são estudos de caso sendo, portanto, esta uma área de investigação emergente, que carece de desenhos de investigação mais robustos, nomeadamente ao nível descritivo e exploratório e, preferencialmente, com amostras maiores. Apesar disso, os dados encontrados deixam transparecer algumas dificuldades nestes tipos de estudo, nomeadamente no que diz respeito ao tardio aparecimento destas lesões, associadas à sua rápida progressão.

Muito embora estas dificuldades, que devem ser tidas em consideração em estudos próximos, os resultados encontrados permitem sistematizar a (escassa) informação produzida neste âmbito e trazer um contributo importante à clarificação das UTK.

Assim, um critério essencial para o diagnóstico diferencial prende-se, por exemplo, com a distinção entre UTK e UP. De acordo com o estabelecido nas conferências promovidas pelo NPUAP (2013, 2010), a maioria das UP's são evitáveis, embora possam existir também feridas inevitáveis, devido à existência de situações que tornam o seu desenvolvimento inevitável, como doença terminal, instabilidade hemodinâmica, presença de dispositivos médicos, ausência de resposta a alimentação/hidratação artificial e a posicionamentos. O presente estudo permitiu clarificar que as UTK, embora possam estar associadas a lesões por pressão devem-se, na sua maioria, ao declínio geral do estado do doente.

No que diz respeito às medidas de prevenção, e no que se refere às úlceras por pressão, os autores aconselham a utilização de colchão anti-escaras, mas sublinham que não substitui o posicionamento frequente. Relativamente aos posicionamentos, alguns autores recomendam a frequência de duas em duas horas, sendo que na conferência promovida pelo NPUAP não se chegou ao um consenso quanto ao intervalo de tempo entre posicionamentos (Roca-Bioca et al., 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Navaid et al., 2010; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016). Apesar disso, e atendendo à etiologia e progressão das UTK, muitas vezes associadas a um rápido declínio e morte eminente do doente, importa considerar o posicionamento da pessoa não em função do tipo de lesão mas, antes, em função do conforto da pessoa e dos objetivos dos cuidados. Face ao exposto, o conhecimento sobre este tipo particular de feridas e o diagnóstico diferencial ganha, ainda, mais sentido, nomeadamente no que se refere à organização dos cuidados.

As conferências anteriormente apresentadas permitiram, também, classificar as UTK juntamente com outros tipos de feridas como o *Decubitus Ominosus*, *SCALE*, *Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries* e *Gluteal Compartment Syndrome* nas UP's associadas a doença terminal ou falência da pele. Importa, porém, realçar que muito embora a maioria dos autores se refira às UTK como um tipo de UP, outros referem que se trata de um tipo de feridas diferente, sendo necessária a distinção entre os dois tipos de diferentes feridas em ambas as situações (Schank, 2009; Trombley et al., 2012; Krasner & Stewart, 2015 & Levine, 2016).

Assim, a partir dos artigos analisados, os autores identificam determinados critérios que permitam distinguir uma UP de uma UTK. Se, por um lado, a UP tem origem em fatores externos como a pressão, a fricção, o cisalhamento e a humidade, que não

controlados provocam um compromisso na perfusão e, consequentemente, isquemia e lesão da pele; por outro lado, a UTK tem origem em fatores internos como a falência multiorgânica, que leva à hipoperfusão, seguida por isquemia e lesão da pele. Além disso, a UP desenvolve-se em 24 horas e surge em cinco dias e a UTK desenvolve-se em subitamente e surge em apenas algumas horas (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Levine, 2016).

Desta forma, a maioria dos autores menciona a necessidade desta distinção como proteção de acusações de negligência e maus cuidados à pele, e ao doente, por parte da equipa de profissionais de saúde (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

A consciência da existência das UTK possibilita, então, e de acordo com a literatura, a adequação do plano de cuidados (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

O diagnóstico facilita a tomada de decisão no que diz respeito à adequação de objetivos e intervenções que permitam obter resultados realistas que passam pela promoção da qualidade de vida e não pela promoção da cicatrização das feridas (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

É de comum acordo que os objetivos de enfermagem devam ser realistas, passando pelo alívio da pressão, da dor, manter a ferida limpa, tendo especial atenção ao odor. Assim como, evitar a obstinação terapêutica e apoiar a família no processo (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

Desta forma, todos os autores recomendam que no tratamento à UTK a prioridade seja sempre o conforto da pessoa e que, para isso, o material usado, nomeadamente, os apósitos, permita a remoção menos dolorosa e a permanência pelo máximo de tempo possível para diminuir o desconforto (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Graves & Sun, 2013; Navaid et al., 2010; Krasner & Stewart, 2015; Horn & Irion, 2014; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016).

São realizadas várias referências à importância e benefício de uma abordagem multidisciplinar às feridas em final de vida (Roca-Biosca, 2016; Reitz & Schindler, 2016; Miner, 2009; Schank, 2009; Horn & Irion, 2014; Levine, 2016). No entanto, é interessante observar que a maioria dos estudos foram liderados por enfermeiros, o que pode dever-se ao interesse particular deste grupo profissional no tema. Porém, e tendo em consideração a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, seria igualmente importante considerar estudos com uma abordagem interdisciplinar, na certeza de que os resultados seriam, possivelmente, mais profícuos.

Apesar disso, é de comum acordo entre os autores a necessidade de mais investigação na área devido à ausência de orientações e *guidelines* sobre as UTK e feridas em final de vida, em geral, para que, assim, seja possível conceber uma abordagem multidisciplinar sobre a falência da pele (Roca-Biosca, 2016; Schank, 2009; Graves & Sun, 2013; Horn & Irion, 2014).

2. Estudo II

Nesta secção apresenta-se o desenho de investigação referente ao Estudo II.

2.1. Metodologia

Neste segundo estudo desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo e transversal.

O estudo teve como objetivo principal explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK, estabelecendo-se, a partir deste, os seguintes objetivos específicos (O):

- O1: explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK;
- O2: verificar se o conhecimento sobre existência de UTK depende da formação específica em Cuidados Paliativos;
- O3: verificar se o conhecimento sobre existência de UTK depende da experiência profissional em Cuidados Paliativos;
- O4: propor, a partir dos resultados encontrados, um programa de formação sobre UTK, direcionado a enfermeiros.

2.1.1. População e Amostra

A população-alvo foram os enfermeiros, sendo que os informantes incluíram enfermeiros de cuidados gerais, sem formação avançada em CP e enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos ou com formação pós-graduada na área (pós-graduação, mestrado ou doutoramento com investigação na área dos CP). Os participantes foram recrutados a partir dos contactos da investigadora e, posteriormente, não probabilisticamente em bola de neve, através dos contactos dos participantes. Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento, enviado online.

O estudo incluiu enfermeiros licenciados em enfermagem por escolas portuguesas;

enfermeiros com formação pós-graduada em CP (pós-graduação, mestrado ou doutoramento); enfermeiros na prestação de cuidados gerais ou a exercer numa unidade de cuidados paliativos. Excluíram-se do estudo enfermeiros em posições de chefia ou a exercer na área do ensino.

2.1.2. Instrumento de Colheita de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário enviado por e-mail aos informantes, o qual pode ser acedido através do seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/1JAzR09HF_n8zu2hyxbBrFOkBr1fji1M3DMQNysD_Cn9I/edit

O mesmo instrumento encontra-se, também, disponível em Apêndice (**Apêndice I**).

O questionário é constituído por seis partes.

A primeira parte, de resposta obrigatória, está relacionada com o consentimento livre e esclarecido dos participantes sendo, portanto, de resposta obrigatória. A prossecução no questionário e no estudo implicava uma resposta positiva neste campo.

A segunda parte é de caracterização sociodemográfica, a terceira sobre formação e a quarta sobre a experiência profissional, sendo que todas as perguntas são de resposta obrigatória.

A quinta parte do questionário aborda diretamente o conhecimento sobre UTK e a sexta parte questiona a formação em UTK.

2.1.3. Análise dos Resultados

Os dados obtidos foram analisados através do *software* IBM SPSS Statistics 21® (Statistical Package for the Social Sciences, Inc., Chicago, IL).

2.1.4. Procedimentos Formais e Éticos

O estudo foi submetido a apreciação ética por uma comissão de ética independente, que foi aprovado, tendo sido obtido um parecer favorável ao mesmo (**Anexo 1**). Tendo em consideração a protecção de dados e a não identificação da referida comissão ocultam-se os dados referentes à mesma, podendo apresentar-se os originais, se solicitados. Não obstante, obteve-se, ainda, o consentimento livre e esclarecido dos participantes (**Apêndice II**). A obtenção do consentimento informado por parte dos participantes foi obtido através da seguinte questão presente no instrumento de colheita de dados:

1. “Tomei conhecimento que posso desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário. Compreendi o objetivo do estudo e aceito participar voluntariamente. Autorizo o uso das minhas respostas para fins de investigação.”

Os dados foram analisados de forma conjunta e anónima.

A colheita de dados foi iniciada a 1 de março de 2018 e finalizada a 1 de maio de 2018.

2.2. Resultados

Nesta secção apresentam-se, em síntese, os resultados encontrados.

2.2.1. Caracterização sociodemográfica, académica e experiência profissional dos participantes

Participaram no estudo 51 enfermeiros. A maioria dos participantes (n=44) era do sexo feminino, sendo a média de idades de 30,82 anos (mínimo 22 anos, máximo 44 anos).

Relativamente às habilitações literárias, todos apresentam o grau de licenciado, excetuando um participante que apresenta, apenas, o bacharelato. Verificou-se que 17

enfermeiros (34,00%) apresentam um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, 14 uma pós-graduação (28,00%) e 8 enfermeiros possuem o grau de mestre (16,00%). Verificou-se, ainda, que um enfermeiro possui o doutoramento e um outro enfermeiro possui, como formação mais elevada, o com pós-doutoramento (**Tabela 5**).

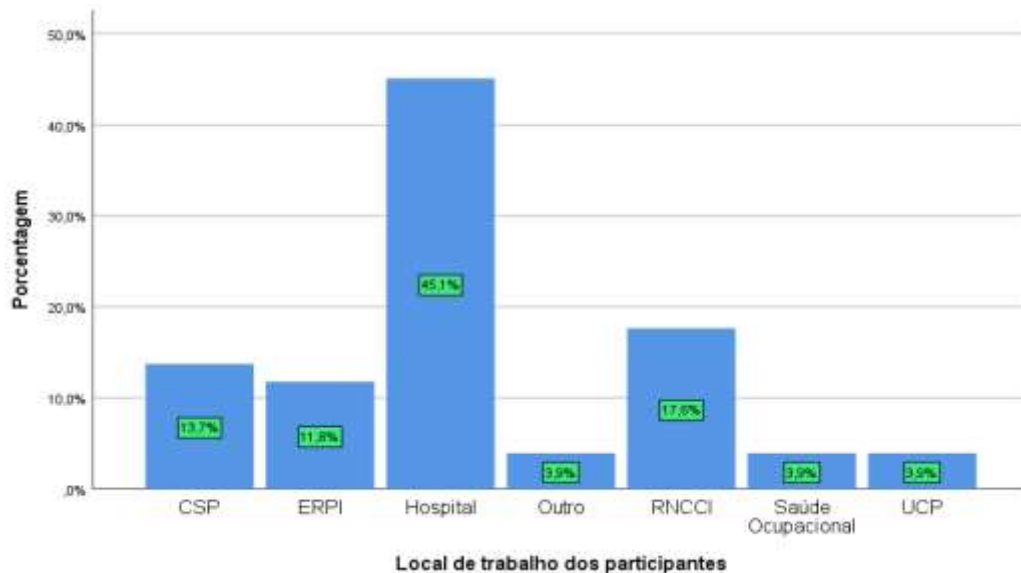
No que diz respeito à formação específica em CP, a grande maioria (n=41; 80,39%) não possui formação específica em CP. Dos 10 enfermeiros com formação específica na área (19,61%), dois (20,00%) concluíram o grau de mestre em CP, seis (60,00%) concluíram um curso de pós-graduação e um (10,00%) realizou estágio. Adicionalmente, seis enfermeiros (60,00%) realizaram um curso de curta duração em CP. No que se refere à formação específica em feridas e viabilidade tecidual constatou-se que de 70,00% dos participantes já frequentou um curso de feridas ou viabilidade tecidual (**Tabela 5**).

Tabela 5: Caracterização Sociodemográfica e Formação dos Participantes (n=51).

Variáveis	n	%
Género		
Feminino	44	86,27
Masculino	7	13,72
Grupo Etário		
≤ 23 anos	2	3,92
24-29 anos	22	43,13
30-39 anos	23	45,09
> 40 anos	4	7,84
Habilitações Literárias		
Bacharelato	1	1,96
Licenciatura	50	98,03
Pós-Graduação	14	28,00
Pós-Licenciatura de Especialização	17	34,00
Mestrado	8	16,00
Doutoramento	1	2,00
Pós-Doutoramento	1	2,00
Formação em CP		
Sim	10	19,61
Não	41	80,39
Formação em Feridas	(n=10)	
Sim	7	70,00
Não	3	30,00

No que se refere à experiência profissional, a maioria dos participantes (n=23; 45,10%) exerce funções em hospitais, sendo que os restantes trabalham em locais variados como se pode verificar pelo **Gráfico 1**.

Gráfico 1: Local de trabalho dos participantes (n=51).



Legenda:

CSP – Cuidados de Saúde Primários; ERPI – Estrutura Residencial para Idosos; RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Relativamente ao tempo de exercício profissional, a maioria (n=17; 33,33%), exerce funções há mais de 10 anos. No que diz respeito ao trabalho específico em CP, 10 enfermeiros (20,00%) referem ter já trabalhado neste contexto específico, sendo que 41 enfermeiros nunca trabalharam em CP. Dos 10 participantes com experiência profissional em CP, três (30,00%) têm mais de cinco anos de experiência profissional neste contexto específico. Na tipologia de trabalho em CP, seis enfermeiros (60,00%) exercem em unidades de internamento, dois (20,00%) dois em equipas intra-hospitalares de suporte e dois (20,00%) em equipas de suporte comunitário em CP (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Experiência Profissional da Amostra (n=51).

Variáveis	n	%
Local de Trabalho		
Hospital	23	45,10
CSP	7	13,70
RNCCI	9	17,60
ERPI	6	11,80
UCP	2	3,90
SO	2	3,90
Outro	2	3,90
Tempo de Experiência Profissional		
> 10 anos	17	33,33
5-10 anos	11	21,56
3-5 anos	8	15,68
2-3 anos	5	9,80
1-2 anos	8	15,68
6 meses – 1 ano	1	1,96
0-5 meses	1	1,96
Experiência Profissional em CP		
Sim	10	19,60
Não	41	80,39
Tempo de Experiência Profissional em CP		
> 5 anos	3	30,00
2-5 anos	2	20,00
1-2 anos	2	20,00
6 meses – 1 ano	2	20,00
0 – 5 meses	1	10,00
Tipologia de Experiência Profissional em CP		
Internamento em UCP	6	60,00
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP	2	20,00
Equipa Comunitária de CP	2	20,00

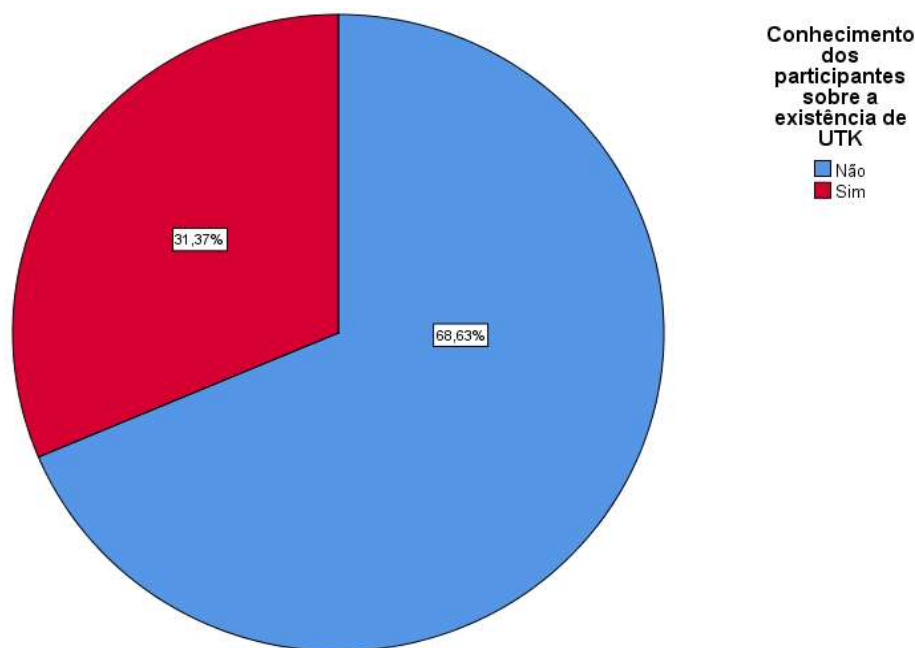
2.2.2. Conhecimento sobre UTK

Nesta secção pretende-se, em síntese, responder aos objetivos específicos 1, 2 e 3 deste estudo.

Assim, no que se refere ao objetivo específico 1 - “explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre UTK” - verificou-se que dos 51 participantes no estudo, 34 enfermeiros (68,63%) desconheciam o conceito de UTK (**Gráfico 2**).

Dos 16 enfermeiros (31,37%) que conheciam o conceito, oito (50,00%) referiram ter contacto com o conceito através de discussões com colegas enfermeiros ou por autoformação/pesquisa bibliográfica individual, cinco (31,30%) em formações específicas em CP, dois (12,50%) durante o curso de licenciatura, dois (12,50%) no curso de mestrado e dois (12,50%) em cursos de formação específica em feridas.

Gráfico 2: Conhecimento dos participantes sobre a existência de UTK (n=51).



No que diz respeito ao conhecimento sobre UTK, nomeadamente quanto ao período de aparecimento destas feridas, 12 (75,00%) participantes responderam que as feridas surgem nas últimas horas a semanas de vida e quatro (25,00%) responderam nas últimas horas de vida.

Sobre a etiologia, oito (50,00%) participantes referem a hipoperfusão da pele, quatro (25,00%) mencionam as forças de pressão, fricção ou cisalhamento, três (18,80%) referem desconhecer a causa e um refere que se tratar de outra causa para além das mencionadas.

Relativamente ao tratamento, os 16 enfermeiros (100,00%) são consensuais que deve ser o paliativo.

Sobre a afirmação de que as UTK foram recentemente incluídas como foco na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (*International Council of Nurses. Brower, 2015*), oito (50,00%) afirmaram que não sabiam, seis (37,50%) responderam que é falsa e dois (12,50%) responderam que é verdadeira.

Na questão sobre o que entendem pelo conceito de UTK, os 16 (100,00%) participantes responderam tratar-se de feridas ou alterações na pele que surgem no final de vida ou na fase terminal, sendo ainda mencionado por um participante (6,25%) que a causa não é totalmente conhecida. Apesar disso, três enfermeiros (18,75%) consideram que a causa é a má perfusão tecidual e dois enfermeiros (12,50%) admitem uma causa multifactorial decorrente do declínio funcional da pessoa.

Também é referido que estas feridas apresentam características específicas e que surgem repentinamente, com rápida evolução, não sendo passíveis de cura ($n=7$; 43,75%). Não obstante, foi ainda mencionado por dois dos participantes que estas feridas surgem apesar de todos os cuidados da equipa de enfermagem para contrariar.

Na questão relacionada com a formação sobre UTK, todos os 51 respondentes afirmam ser necessária. A maioria ($n=35$; 70,00%) considera que esta deveria ser ministrada no curso de licenciatura, 32 (64,00%) em formação específica sobre feridas, 29 (58,00%) em cursos de formação sobre CP, sete (14,00%) em formação em contexto de serviço e 11 (22,00%) na pós-graduação.

Numa segunda etapa, procurou-se responder aos objetivos específicos 2 (“verificar se o conhecimento sobre existência de UTK depende da formação específica em Cuidados Paliativos”) e 3 (“verificar se o conhecimento sobre existência de UTK depende da experiência profissional em Cuidados Paliativos”).

Assim, recorreu-se ao teste Exato de *Fisher* (não paramétrico) para verificar se o conhecimento sobre existência das feridas UTK apresenta uma associação estatística significativa com a formação e com a experiência profissional dos enfermeiros em CP. A escolha do teste Exato de *Fisher* prendeu-se com o facto dos dados não seguirem distribuição normal ($p<0,05$ do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*) e porque mais de 20% das células tinham frequência inferior a 5 unidades (pressupostos do teste do Qui-Quadrado) (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste do Qui-quadrado pressupõe, no entanto, que nenhuma célula da tabela 2x2 tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais de 20,00% das células tenham

frequência inferior a 5 unidades. Por esta razão, quando estes pressupostos não se verificaram recorreu-se ao Teste Exato de *Fisher* cuja distribuição e hipótese nula são iguais ao teste do Qui-quadrado (Pestana & Gageiro, 2008) e, à semelhança do teste de independência do Qui-quadrado, analisa a relação de independência entre variáveis qualitativas.

A hipótese nula (H_0) do teste Exato de *Fisher* estabelece que as variáveis são independentes. Quando o resultado do teste é significativo para $p \leq \alpha$ (*Asymp Sig. 2-tailed*) é rejeitada a H_0 e assumida a hipótese alternativa (H_1) de que as variáveis são dependentes e, portanto, existe uma associação estatística significativa entre as variáveis em análise. Nos casos em que o resultado do teste do Qui-Quadrado foi significativo analisaram-se os resíduos ajustados estandardizados (*Res. Ajs.*) cujo valor igual ou superior a 1,96 permite identificar as células onde se localiza a associação estatística. A aplicação do teste estatístico considerou um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

No que diz respeito à relação entre o conhecimento sobre as feridas e a formação em CP (O2), verifica-se uma relação estatística significativa entre o conhecimento sobre existência das feridas UTK e a formação do enfermeiro, $X^2(1)=4,735$, $p=0,039$. Existe uma relação significativa entre os participantes que não têm formação em CP ($n=41$) e os 75,60% destes ($n=31$) que não têm conhecimento sobre a existência de UTK (*Res. Ajs.*=2,2), assim como, também se observa uma relação significativa entre os participantes com formação em CP ($n=10$) e o facto da maioria destes (60,00%; $n=6$) terem conhecimento sobre a UTK (**Tabelas 7 e 8**).

Tabela 7: Formação dos participantes em CP (n=51).

Formação dos participantes em CP					
		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid	Não	41	80,40	80,40	80,40
	Sim	10	19,60	19,60	100,00
	Total	51	100,00	100,00	

Tabela 8: Relação entre o conhecimento sobre existência das feridas UTK e a formação (n=51).

		Conhecimento dos participantes sobre a existência de UTK			X ² (df) p-valor
		Não	Sim	Total	
Formação dos participantes em CP	Não	31 (75,60%)	10 (24,40%)	41 (80,40%)	X ² (1)=4,735 p=0,039
	Sim	4 (40,00%)	6 (60,00%)	10 (19,60%)	
	Total	35 (68,60%)	16 (31,40%)	51 (100,00%)	

Já no que diz respeito à relação entre o conhecimento sobre existência das UTK e a experiência profissional dos enfermeiros, observa-se que existe uma relação estatística significativa com o conhecimento sobre existência das feridas UTK por parte dos profissionais, $X^2(6)=18,261$, $p=0,001$. Observa-se que à medida que o tempo de experiência aumenta até aos 2-3 anos, o nível de conhecimento acerca das feridas UTK é significativamente maior nos profissionais com um tempo de experiência entre os 2-3 anos (100%; Res. Ajs.=3,4). Observa-se, ainda, que existe ainda uma tendência para o desconhecimento acerca das UTK entre os profissionais de saúde com experiência profissional com mais de 3 e menos de 5 anos (100,00%; Res. Ajs.=2,1) – **Tabela 9 e 10.**

Tabela 9: Experiência profissional dos participantes em CP (n=51).**Experiência profissional dos participantes**

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid	0-5 meses	1	2,00	2,00	2,00
	6 meses - 1 ano	1	2,00	2,00	3,90
	1 - 2 anos	8	15,70	15,70	19,60
	2 - 3 anos	5	9,80	9,80	29,40
	3 - 5 anos	8	15,70	15,70	45,10
	5 - 10 anos	11	21,60	21,60	66,70
	Há mais de 10 anos	17	33,30	33,30	100,00
	Total	51	100,00	100,00	

Tabela 10: Relação entre o conhecimento sobre existência das feridas UTK e a experiência profissional (n=51).

		Conhecimento dos participantes sobre a existência de UTK			X ² (df) p-valor
		Não	Sim	Total	
Experiência profissional	[0-6[Meses	0 (0,00%)	1 (100,00%)	1 (2,00%)	X ² (6)=18,261 p=0,001
	[6-12[Meses	1 (100,00%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
	[1-2[Anos	4 (50,00%)	4 (50,00%)	8 (16,00%)	
	[2-3[Anos	0 (0,00%)	5 (100,00%)	5 (10,00%)	
	[3-5[Anos	8 (100,00%)	0 (0,00%)	8 (100,00%)	
	[5-10[Anos	9 (81,80%)	2 (18,20%)	11 (22,00%)	
	≥ 10 Anos	13 (76,50%)	4 (23,50%)	17 (33,30%)	
	Total	35 (68,60%)	16 (31,40%)	51 (100,00%)	

2.3. *Discussão*

A partir do estudo realizado é possível afirmar que o conhecimento dos enfermeiros em Portugal sobre UTK é, ainda, escasso. Os resultados encontrados são, porém, consistentes com os dados encontrados no estudo I, que evidenciam a escassa evidência científica em torno do tema o que, portanto, dificulta não só a formação mas, também, uma prática baseada na evidência.

Importa referir, porém, que, até à data, e de acordo com a pesquisa realizada, a presente investigação na área do conhecimento dos enfermeiros sobre as feridas é original e que, por isso, não existem estudos na área que permitam discutir e comparar com maior profundidade os resultados encontrados.

Desta forma, com a investigação realizada observou-se que, para além de existir um défice no conhecimento dos enfermeiros sobre as UTK, a grande maioria desconhece, inclusivamente, a existência das feridas. Assim, as dificuldades poderão ser maiores que as esperadas, justificando um programa de formação que passe não só pela caracterização destas feridas e seu diagnóstico diferencial, mas, também, pela apresentação do tema e sensibilização para a sua existência.

Esta questão torna-se particularmente importante se atendermos ao facto de que o conhecimento é particularmente escasso entre os enfermeiros que não exercem em CP, o que poderá repercutir-se na prática de cuidados, atendendo ao facto de muitos doentes

com necessidades paliativas estarem hoje em unidades de agudos, por exemplo, ou noutros locais que não os serviços de CP.

Verifica-se necessária a realização de uma investigação mais aprofundada sobre o tema, com uma amostra maior de enfermeiros para que seja possível obter relações mais significativas e alcançar reflexões mais universalizadas.

Ainda assim, com a pesquisa realizada observa-se que é essencial mais formação sobre o tema, principalmente no curso de licenciatura, formações sobre feridas, formações em cuidados paliativos e formações em serviço.

Assim, apesar de os resultados não poderem ser generalizados, são importantes para compreender o estado de entendimento sobre as feridas e a importância notável percebida pelos participantes sobre a necessidade de aprofundamento do tema.

Considera-se ainda essencial, num futuro próximo, estudar detalhadamente o conhecimento dos enfermeiros sobre as UTK, a nível nacional, prevendo-se a implementação de formação sobre as feridas, também, a nível nacional.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO ALARGADA

A partir da sua descoberta, pela enfermeira Karen Lou Kennedy em 1989, foi possível iniciar a investigação das UTK, assim como, o impacto nos CP e na enfermagem, em particular.

A partir do primeiro estudo realizado foi possível detetar que, apesar de terem sido descobertas há quase 30 anos, a investigação atual sobre as UTK é ainda diminuta, sendo os principais estudos encontrados sobre casos clínicos.

Apesar de a investigação existente sobre o tema ter origem, predominantemente, nos EUA, é de realçar que a existência, em Portugal, de literatura é ainda ausente.

Embora não esteja totalmente estabelecida, até à data a etiologia mais aceite entre os autores está relacionada com a má perfusão da pele, em que por diminuição da funcionalidade geral do organismo, ocorre a hipoperfusão tecidual da pele, com isquemia e lesão da pele (Langemo & Brown, 2006; Vera, 2014; Reitz & Schindler, 2016; Alvarez et al, 2016; Schank, 2009; Miner, 2009; Bachero & Vizcaino, 2014, Levine, 2016).

A partir das conferências já realizadas sobre as feridas em final de vida, foi possível acordar que, apesar de a maioria das UP serem evitáveis, existem, de facto, algumas inevitáveis (Reitz & Schindler, 2016; Alvarez et al. 2016; Levine, 2016; Yastrub, 2010; Varon & Marik, 1999; Schank, 2009), existindo algum desacordo entre os autores, sobre se as UTK se classificam como um subtipo de UP ou se se tratam de úlceras distintas. Porém, é possível encontrar um consenso no que diz respeito ao seu surgimento repentino e da rápida progressão na fase final de vida, cerca de seis semanas até horas antes do falecimento (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Alvarez et al., 2016). Podendo inicialmente assemelhar-se a uma abrasão, macha ou vesícula, a tonalidade pode variar entre amarelo, vermelho, roxo e preto, sendo que a forma, sempre irregular, pode ser pera, ferradura ou borboleta. Podem surgir em qualquer proeminência óssea, sendo descritas mais frequentemente na região sacrococcígea e posterior das pernas e nos calcâneos (Miner, 2009; Reitz & Schindler, 2016; Trombley et al., 2012; Graves & Sun, 2013; Bachero & Vizcaino, 2014; Levine, 2016; Vera, 2014; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016).

É, assim, de extrema importância a diferenciação entre UTK e outro tipo de feridas, de forma a adequar o plano de cuidados, assim como salvaguardar a equipa de enfermagem de culpabilização por maus cuidados, quando se tratam de feridas inevitáveis, cujas intervenções não poderão contrariar o fenómeno instalado (Vera, 2014; Graves & Sun, 2013; Kennedy-Evans, 2009; Silva et al., 2016; Yastrub, 2010; Reitz & Schindler, 2016; Schank, 2009).

No que diz respeito a diagnósticos de enfermagem associados ao de [UTK], surgem os de Risco de Perfusão dos Tecidos Periféricos Comprometida, Risco de Infecção, Dor Aguda, Risco de *Coping* Comprometido, Risco de Angústia Espiritual ou Sofrimento Espiritual e Risco de *Coping* Familiar Comprometido (Vera, 2014). Neste âmbito, importa considerar que, ao contrário das úlceras por pressão, não existe um foco específico para as UTK, contrariamente ao indicado por alguns dos respondentes no estudo II. Face ao exposto, considera-se a necessidade de maior formação também ao nível das classificações e taxonomias do conhecimento em enfermagem e, porventura, da parametrização destes diagnósticos e intervenções associadas nos sistemas informáticos.

Importa ainda acrescentar que na CIPE® (ICNP, 2015) surgem apenas os conceitos de “úlceras”, “úlceras arteriais”, “úlceras de pressão”, “úlceras diabéticas”, “úlceras do pé diabético” e “úlceras venosas”, assim como de “feridas”, “feridas abertas”, “feridas cirúrgicas”, “feridas da pele”, “feridas diabéticas”, “feridas neoplásicas”, “feridas por arma de fogo”, “feridas por punção” e “feridas traumáticas”, não havendo qualquer referência às UTK ou a feridas em final de vida, reforçando a necessidade de mais esclarecimento sobre a temática para que sejam incluídas na prática de enfermagem em todo o mundo.

Relativamente aos objetivos das intervenções de enfermagem, os dados encontrados destacam a necessidade de minimizar a lesão da pele; diminuir a dor; assegurar que a pessoa recebe os cuidados de acordo com os seus desejos de fim de vida; assegurar que o doente e a família participam na elaboração do plano de cuidados, de forma a coincidir com os seus desejos; promover a qualidade de vida; promover o apoio psicológico e social ao doente e à família; promover o apoio sobre o processo de morte ao doente e à família; oferecer apoio emocional ao doente e à família durante todo o processo (Graves & Sun, 2013; Vera, 2014; DGS, 2016).

Relativamente ao tratamento, a evidência científica sugere intervenções relacionadas com o controlo da dor, o controlo do exsudado, o controlo do odor fétido e com a

promoção do conforto (Vera, 2014; DGS, 2016), o que vai de encontro aos princípios dos CP referentes ao controlo de sintomas e, ainda, à resposta dos informantes no estudo II, que apontam uma intervenção de carácter paliativo. Apesar disso, importa considerar que a revisão da literatura realizada evidenciou ainda fraca e escassa evidência sobre o assunto, não existindo ainda material para realização de *guidelines* sobre o tratamento deste tipo de feridas, tanto em Portugal como no contexto internacional.

Como mencionado anteriormente, em Portugal a investigação sobre o assunto é, extremamente escassa, tendo, isto, despertado uma necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as UTK nos enfermeiros portugueses.

Assim, através do segundo estudo realizado no âmbito desta dissertação, realizou-se uma investigação com o objetivo de descrever o conhecimento de uma reduzida amostra de enfermeiros sobre as feridas.

A partir dos questionados aplicados a uma amostra de 51 enfermeiros, foi possível verificar que mais de metade não estava familiarizado com o tema e que a principal fonte de conhecimento sobre as feridas se deveu a discussão com colegas de profissão (50,00%), seguida pela formação em CP (31,30%).

Da reduzida amostra de participantes que já tinha tomado contacto com o tema, a grande maioria respondeu acertadamente às questões colocadas, existindo ainda alguma falta de informação no que diz respeito ao surgimento exato das feridas, a sua etiologia e sobre a sua existência como um foco da CIPE® (ICN, 2015). Contudo, é do conhecimento de todos os participantes que a abordagem preferencial. Para o efeito, importa realçar que dos participantes, apenas 20,00% tinha formação em CP, apesar de 70,00% já ter frequentado formações sobre feridas.

É ainda considerada, por todos os enfermeiros participantes, a necessidade de mais formação sobre o tema, tanto em formações em serviço, sobre CP, sobre feridas, como no curso de licenciatura.

A formação e a experiência profissional em CP parecem, ainda, ter uma ponderação importante no que se refere ao conhecimento sobre UTK. Estes dados vão de encontro ao de outros estudos onde se documentou que, de facto, um dos principais propulsores da qualidade dos cuidados prestados em CP é, precisamente, a formação, não só teórica

como, também, no contexto prático (Hawley, 2017; DeVader & Jeanmonod, 2012; Kumar, Jim & Sisodia, 2011).

Assim, e de forma a divulgar o tema, ainda pouco conhecido em Portugal, e responder ao objetivo específico 4, propõe-se a realização de formação sobre as UTK conforme especificado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV: PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO SOBRE UTK

Os resultados encontrados sustentam a necessidade de um programa de formação sobre o tema.

Numa fase inicial, propõe-se apresentar o tema a todos os enfermeiros a exercerem funções nas diversas tipologias de CP, alargando-se posteriormente a enfermeiros a exercer noutros contextos. Futuramente, seria importante que o tema fosse abordado em programas de formação básica e avançada em Cuidados Paliativos e, idealmente, ao nível dos cursos de licenciatura em Enfermagem e dos cursos sobre feridas e viabilidade tecidular.

Nos pontos seguintes apresenta-se, em síntese, uma proposta para um programa de formação básica sobre UTK, tendo como população alvo os enfermeiros que exercem funções em CP (**Tabela 11**).

Propõe-se que cada sessão de formação tenha a duração de 90 minutos, dirigida a enfermeiros que exercem funções em CP.

Os objetivos da sessão relacionam-se com consciencializar para a problemática das feridas em final de vida, no contexto particular dos CP; sintetizar a história da descoberta das UTK; definir o conceito de UTK; identificar as características para diagnosticar uma UTK; diferenciar uma UTK de uma UP e debater a necessidade de inclusão da UTK como foco na CIPE®.

Cada sessão seria constituída por sete conteúdos programáticos.

No primeiro, com duração de 10 minutos, seria realizada uma referência às feridas em final de vida (UTK; *Decubitus Ominosus*; *SCALE*; *Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries*; *Gluteal Compartment Syndrome*) e sua importância no contexto dos CP.

No segundo, com cerca de cinco minutos, seria efetuada uma breve síntese da história das UTK.

No terceiro, com a duração de 15 minutos, seria apresentado o conceito de UTK, as características específicas, assim como, a fisiopatologia associada.

No quarto conteúdo, com cerca de 10 minutos, seriam apresentados os princípios para a identificação de uma UTK.

No quinto, seriam estabelecidas as semelhanças e diferenças entre UTK e UP, durante 10 minutos.

No sexto conteúdo, seria realizado um debate sobre diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem associados e a necessidade da inclusão como foco na CIPE®, com a duração de 10 minutos.

Finalmente, o sétimo conteúdo seria um espaço aberto para questões, sugestões e opiniões, que poderia ter a duração de até 15 minutos.

A avaliação da sessão seria efetuada através da aplicação de um questionário com questões sobre os temas abordados e apreciação na sessão, cujos participantes teriam cerca de 15 minutos para responder.

Tabela 11: Programa de formação sobre Úlceras Terminais de Kennedy.

Programa de formação sobre UTK

Duração: 90 minutos

População-alvo: Enfermeiros que exercem funções em CP

Objetivos:

- Consciencializar para a problemática das feridas em final de vida, no contexto particular dos CP;
- Sintetizar a história da descoberta das UTK;
- Definir o conceito de UTK;
- Identificar as características para diagnosticar uma UTK;
- Diferenciar uma UTK de uma UP;
- Debater a necessidade de inclusão da UTK como foco na CIPE®.

Conteúdos Programáticos:

1º: Referência às feridas em final de vida (UTK; *Decubitus Ominosus*; SCALE; *Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries*; *Gluteal Compartment Syndrome*) e importância nos CP [10 minutos]

2º: Breve síntese da história da UTK, fazendo referência à descoberta pela enfermeira Karen Lou Kennedy [10 minutos]

3º: Apresentação do conceito de UTK, características específicas e fisiopatologia associada [15 minutos]

4º: Exposição dos princípios para a identificação de uma UTK [5 minutos]

5º: Discussão sobre as diferenças entre as características de uma UP e de uma UTK [10 minutos]

6º: Debate sobre diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem associados e a necessidade da inclusão como foco na CIPE [10 minutos]

7º: Discussão sobre estudos de casos [10 minutos]

8º: Espaço aberto para questões, sugestões e opiniões [5 minutos]

Avaliação: Aplicação de um questionário com questões sobre os temas abordados e apreciação da sessão [5 minutos]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O confronto com a morte é um processo complexo, que desperta nos profissionais de saúde, sentimentos e emoções que podem ser difíceis de gerir. De facto, é importante ter em conta que a prestação de cuidados à pessoa em CP vai muito além dos procedimentos técnicos, sendo essencial ver a pessoa como um todo e, através da relação de ajuda, proporcionar-lhe o melhor cuidado possível, sem nunca esquecer o apoio à família que a acompanha.

O enfermeiro, vivenciando as 24 horas do doente, é o principal profissional de saúde que poderá identificar atempadamente feridas em final de vida.

Não se estendendo apenas a enfermeiros da área dos CP, o conhecimento que permita a identificação das alterações na pele em final de vida, importa a todos os profissionais das diversas áreas da saúde.

Apesar de menos acelerada em Portugal, comparativamente com outros países, a evolução dos CP tem vindo a aumentar nos últimos anos, não sendo, apesar de tudo, ainda suficiente para colmatar as necessidades existentes.

Ainda assim, a formação na área continua a aumentar e a informação sobre feridas em CP, apresenta maior potencial para ser divulgada e com ela, o conhecimento e esclarecimento sobre as UTK.

Por se tratar de um tema ainda desconhecido em Portugal, optou-se pela realização de um estudo inicial de revisão sistemática da literatura que permitiu sintetizar a produção científica publicada, clarificar o conceito de UTK e compreender a evidência científica e o impacto na enfermagem.

Através do segundo estudo, foi descrito o conhecimento de uma amostra de 51 enfermeiros sobre as feridas, sendo possível concluir, sem generalizar os resultados, que esse conhecimento é ainda muito escasso e que, os próprios enfermeiros reconhecem a necessidade de mais instrução sobre o tema, através de mais formação, para uma melhor prática de cuidados à pessoa em final de vida, que se encontre ou não, em CP.

Em suma, através dos dois estudos realizados nesta dissertação, pode afirmar-se a importância da identificação e da correta diferenciação das feridas em CP, particularmente as UTK, tendo em conta o seu impacto na vida do doente e da família,

adequando e promovendo o processo de transição e de luto. Assim como na equipa de saúde, especificamente na de enfermagem, no que diz respeito à identificação de novos diagnósticos de enfermagem, adaptação de objetivos de cuidados e aplicação de intervenções adequadas ao estadio de vida do doente.

Pode ainda afirmar-se a necessidade de mais investigação científica sobre o assunto, principalmente em Portugal, que permita o estabelecimento de um consenso sobre as feridas em final de vida, o desenvolvimento de *guidelines*, assim como, um investimento na formação dos profissionais de saúde e que permita orientar a prestação de cuidados de enfermagem adequada à condição de vida de cada pessoa.

Face a estas considerações, a presente dissertação propõe, a partir dos resultados encontrados, uma proposta para um programa de formação base sobre UTK, particularmente dirigido a enfermeiros que trabalhem no contexto dos CP. Espera-se, com esta formação, gerar um movimento em torno das UTK, sensibilizando estes profissionais para as mesmas, para a importância do diagnóstico diferencial e, a partir daqui, suscitar, porventura, estudos de investigação que possam dar origem a uma prática baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos 2012. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Agosto. [livro eletrônico] Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>, [Consult. 20 out. 2017].

Afonso, S. & Minayo, M. 2013. A reappraisal of the works of Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Em linha], 18(9):2729-2732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900028, [Consult. 15 mar 2018].

Ahmedzai, S. H., Gómez-Batiste, X., Engels, Y., Hasselaar, J., Jaspers, B., Leppert, W., Menten, J., Mollard, J. M. & Vissers, K. 2010. *Assessing Organizations to Improve Palliative Care in Europe*, Vantilt Publishers.

Alvarez, O. M., Brindle, C. T, Langemo, D., Kennedy-Evans, K. L., Krasner, D. L., Brennan, M. R. & Levine, J. M. 2016. The VCU Pressure Ulcer Summit - The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. [Em linha], 43(5):455-463. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27509367>, [Consult. 15 nov 2017].

Bachero, J. G. & Vizcaino, T. F. 2014. Poliulceración en paciente terminal: Úlceras de Kennedy - Plan de cuidados paliativos. *Enferm Dermatol*. [Em linha], 8(22). Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014762>, [Consult. 15 nov 2017].

Barbosa, António & Neto, Isabel G. 2006. *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Becker, R. 2009. Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. *Nurs Times* [Em linha], 7-13;105(13):14-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19405287>, [Consult. 15 maio 2018].

Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., Cuddigan, J. & National Pressure Ulcer Advisory Panel 2011. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Management* [Em linha], 57(2):24–37. Disponível em: <http://www.o-wm.com/content/pressure-ulcers-avoidable-or-unavoidable-results-national-pressure-ulcer-advisory-panel-cons>, [Consult. 15 nov 2017].

Bradley, E. H., Cherlin, E., McCorkle, R., Fried, T. R., Kasl, S. V., Cicchetti, D. V., Johnson-Hurzeler, R. & Horwitz S. M. 2001. Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. *J Prof Nurs* [Em linha], 17(1):14-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11211378>, [Consult. 15 maio 2017].

Bragança, J. F. 2011. *Enfermeiros de Cuidados Paliativos - Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados*, Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa [Em linha] Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6056/1/641657_Tese.pdf, [Consult. 24 abr 2018].

Caldeira, S., Figueiredo, A. S., Conceição, A. P., Ernel, C., Mendes, J., Chaves, E., Carvalho, E. C. & Vieira, M. 2016. Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions* [Em linha], 7(134). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/79b3/5387e5d6589e5d9b158e172009cf55c8e52d.pdf>, [Consult. 20 jun 2018].

Clark, D. 2000. Palliative Care History: Ritual Process. *European Journal of Palliative Care* [Em linha], 7(2): 50-5. Disponível em: <http://eprints.gla.ac.uk/56630/>, [Consult. 24 mar 2018].

Clark, D. 2004, *History, Gender and Culture in the Rise of Palliative Care*. [livro eletrónico] Inglaterra: Open University Press. Disponível em: <http://eprints.gla.ac.uk/56869/>, [Consult. 24 mar 2018].

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos 2017. *Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para desenvolvimento dos Cuidados Paliativos* [Em linha]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf, [Consult. 15 fev 2018].

Código Deontológico Do Enfermeiro. Secção II. [Em linha]. Disponível em: <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>, [Consult. 15 nov 2018].

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP 2008. *Cuidado Paliativo*. [Livro eletrónico] São Paulo. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf, [Consult. 15 nov 2017].

Curry, K., Kutash, M., Chambers, T., Evans, A., Holt, M., & Purcell, S. 2012. A prospective, descriptive study of characteristics associated with skin failure in critically III adults. *Ostomy Wound Management* [Em linha] 58(5), 36-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562938>, [Consult. 22 abr 2018].

DeVader, T. E. & Jeanmoned, R. 2012. The effect of education in hospice and palliative care on emergency medicine residents' knowledge and referral patterns. *J Palliat Med* [Em linha] 15(5):510-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22401312>, [Consult. 15 maio 2018].

Direção-Geral da Saúde 2005. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos* [Em linha]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, [Consult. 22 out 2017].

Direção-Geral da Saúde 2016. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2. Perfil de Saúde em Portugal* [Em linha]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf, [Consult. 22 out 2017].

Direção-Geral da Saúde 2017. *Principais Indicadores da Saúde para Portugal, 2012-2016* [Em linha]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/principais-indicadores-da-saude-para-portugal.aspx>, [Consult. 10 fev 2018].

Graves, M. L. & Sun, V. 2013. Providing Quality Wound Care at the End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. [Em linha], 15. Disponível em: http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2013/04000/Providing_Quality_Wound_Care_at_the_End_of_Life.3.aspx, [Consult. 22 out 2017].

Hanson, D.; Langemo, D. K.; Olson, B.; Hunter, S.; Sauvage, T. R.; Burd, C. & Cathcart-Silberberg, T. 1991. The Prevalence and Incidence of Pressure Ulcers in the Hospice Setting: Analysis of Two Methodologies. *Am J Hosp Palliat Care* [Em linha] 8 (5):18–22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+Prevalence+and+Incidence+of+Pressure+Ulcers+in+the+Hospice+Setting%3A+Analysis+of+Two+Methodologies>, [Consult. 22 fev. 2018].

Hawley, P. 2017. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care* [Em linha], 10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28469439>, [Consult. 22 abr. 2018].

Horn, J. & Irion, G. L. 2014. The Integument: Current Concepts in Care at End of Life. *JACPT* [Em linha], 5. Disponível em: https://journals.lww.com/jacpt/Abstract/2014/05010/The_Integument_Current_Concepts_in_Care_at_End.2.aspx, [Consult. 22 abr 2018].

International Council of Nurses 2015. *Browser CIPE*. [Em linha] Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>, [Consult. 5 maio 2018].

Instituto Nacional de Estatística 2017. *Morre-se mais de doenças do aparelho circulatório, mas os tumores malignos matam mais cedo – 2015* [Em linha]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281091494&DESTAQUESmodo=2, [Consult. 10 abr 2018].

Kennedy-Evans, K. 2009. Understanding the Kennedy Terminal Ulcer. *Ostomy Wound Management* [Em linha], 55(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560217>, [Consult. 22 out 2017].

Kim, A., Fall, P. & Wang, D. 2005. Palliative Care: Optimizing Quality of Life. *JAOA* [Em linha], 105(11). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368908>, [Consult. 22 abr 2018].

Krasner, D. L. & Stewart, T. P. 2015. SCALE Wounds: Unavoidable Pressure Injury. *WOUNDS* [Em linha], 27(4):92-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25855852>, [Consult. 24 mar 2018].

Kumar, S. P., Jim, A. & Sisodia, V. 2011. Effects of Palliative Care Training Program on Knowledge, Attitudes, Beliefs and Experiences Among Student Physiotherapists: A Preliminary Quasi-experimental Study. *Indian J Palliat Care* [Em linha], 17(1): 47–53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633621>, [Consult. 24 jul 2018].

Langemo, D. K. & Brown, G. 2006. Skin Fails Too: Acute, Chronic, and End-Stage Skin Failure. *Adv Skin Wound Care* [Em linha], 19(4):206–211. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16641567>, [Consult. 24 mar 2018].

Langemo, D., Haesler, E., Naylor, W., Tippet, A. & Young, T. 2015. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing* [Em linha], 21(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26107544>, [Consult. 24 mar 2018].

Lee, T., Lin, K., Mills, M.E. & Kuo, Y. 2012. Factors related to the prevention and management of pressure ulcers. *Comput Inform Nurs* [Em linha], 9:489-495. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=DOI%3A+10.1097%2FNXN.0b013e3182573aec>, [Consult. 24 mar 2018].

Levine, J. M. 2016. Skin Failure: An Emerging Concept. *JAMDA* [Em linha], 17(7):666-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161850>, [Consult. 24 fev 2018].

Levine, J. M., Humphrey, S., Lebovits, S., & Fogel, J. 2009. The unavoidable pressure ulcer: A retrospective case series. *Journal of Clinical Outcomes Management* [Em linha] 16(8), 1-5. Disponível em: http://www.turner-white.com/pdf/jcom_aug09_ulcer.pdf, [Consult. 29 mar 2018].

Miner, K. J. 2009. Discharge to Hospice: A Kennedy Terminal Ulcer Case Report. *Journal of the American College of Certified Wound Specialists* [Em linha], 1(84-85). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24527121>, [Consult. 29 mar 2018].

Marques, A. L. 2014. História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Cuidados Paliativos* [Em linha], 1(1). Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf, [Consult. 29 nov 2017].

Mirra, J. F. S. F. B. 2012. *Qual o significado que o doente em cuidados paliativos atribui à sua sexualidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto [Em linha]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=534802, [Consult. 29 nov 2017].

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. 2010. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Int J Surg.* [Em linha], 8(5):336-341. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20171303>, [Consult. 29 mar 2018].

Navaid, M., Melvin, T., Berube, J. & Dotson, S. 2010. Principles of Wound Care in Hospice and Palliative Medicine. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Em linha], 27(5) 337-341. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20167837>, [Consult. 15 maio 2018].

Observatório Português de Cuidados Paliativos 2017. *Perfis Regionais de Cuidados Paliativos*. [Em linha], Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320>, [Consult. 15 mar 2018].

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. 2008. *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.

Reitz, M. & Schindler, C. A. 2016. Pediatric Kennedy Terminal Ulcer. *Journal of Pediatric Health Care. J Pediatr Health Care* [Em linha], 30, 274-278. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26776840>, [Consult. 29 nov 2017].

Roca-Biosca, A., Rubio-Rico, L., Velasco-Guillen, M. C. & Anguera-Saperas, L. 2106. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. *Enfermería Intensiva* [Em linha], 27:168-72. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-adequacion-del-plan-cuidados-ante-S1130239916300050>, [Consult. 29 nov 2017].

Schank, J. E. 2009. Kennedy Terminal Ulcer: the “Ah-Ha!” Moment and Diagnosis. *Ostomy Wound Management* [Em linha], 55(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797802>, [Consult. 22 nov 2017].

Schroeder, K. & Lorenz, K. 2018. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Em linha], 5(1): 4–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/>, [Consult. 10 mar 2018].

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ulrich, A. 2002. Palliative Care: The World Health Organization’s Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* [Em linha], 24(2). Disponível em: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(02\)00440-2/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(02)00440-2/pdf), [Consult. 10 mar 2018].

Silva, L. S., Souza, M. T. S., Fonseca, P. R. & Sousa, A. T. O. 2016. Úlcera Terminal de Kennedy: Conhecimentos e Implicações para a Enfermagem. *Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde* [Em linha], 83. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_MD1_SA4_ID305_01052016231849.pdf, [Consult. 22 out 2017].

Silva, S. C. F. S. 2009. *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto [Em linha]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20572/2/Caracterizao%20dos%20cuidados%20de%20saude%20prestados%20ao%20doente%20oncolgico%20em%20agonia%20num%20servico%20de%20cuidados%20paliativ.pdf>, [Consult. 24 out 2017].

Thomas, D. R. 2003. Are all pressure ulcers avoidable? *JAMDA* [Em linha], 4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807569>, [Consult. 22 abr 2018].

Trombley, K., Brennan, R. M., Thomas, L. & Kline, M. 2012. Prelude to Death or Practice Failure? Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Em linha], 29(7) 541-545. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22218917>, [Consult. 20 out 2018].

Twycross, R. 2003. *Introducing Palliative Care*, Oxford, Radcliffe Medical Press. ISBN 1 85775 915 X.

Valente, I. C. R. 2008. *Os Enfermeiros dos Hospitais Centrais perante o doente terminal*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto [Em linha]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19349/2/TESECuidados%20paliativosJulho2008.pdf>, [Consult. 24 out 2017].

Varon, J. & Marik, P. 1999. *Multiple organ dysfunction syndrome*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Vera, R. 2014. *Literature Review of Kennedy Terminal Ulcers: Identification, Diagnosis, Nursing Goals, and Interventions*. Honor Thesis, Salem State University [Em linha]. Disponível em: https://digitalcommons.salemstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.pt/&httpsredir=1&article=1031&context=honors_theses, [Consult. out 2017].

World Health Organization 1990. *Cancer pain relief and palliative care*. [Em linha]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1, [Consult. 7 abr 2017].

World Health Organization 2002. *National Cancer Control Programmes – Policies and managerial guidelines*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>, [Consult. 7 abr 2017].

Yastrub, D. J. 2010. Pressure or Pathology Distinguishing Pressure Ulcers From the Kennedy Terminal Ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Em linha] 37(3):249-250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463542>, [Consult. 7 abril 2018].

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer N° 479_01-2018

Título do Projecto: Feridas em cuidados paliativos: conhecimento dos enfermeiros sobre úlceras terminais de Kennedy.

Identificação do Proponente

Nome(s): Marta Filipa de Sousa Maia

Filiação Institucional:

Investigador Responsável/Orientador: Sara Pinto

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Inserido no Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a proponente pretende desenvolver estudo com o objectivo geral de *"Explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre Úlceras Terminais de Kennedy"*.

O estudo é definido com *"...misto, exploratório e transversal."*

Os participantes serão enfermeiros, *"recrutados a partir dos contactos da investigadora e, posteriormente, em bola de neve, através dos contactos dos participantes"*.

A solicitação de participação é enviada por correio electrónico indicando a hiperligação de acesso aos instrumentos de recolha de dados que se encontram alojados em plataforma informática (docs.google).

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão/exclusão;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É justificada a metodologia de acesso aos participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 14/02/2018 A Presidente da Comissão de Ética: *Marta Filipa de Sousa Maia*



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de
Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

REPRESENTAÇÃO DO INSTITUTO

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Colheita de Dados

Instrumento de Colheita de Dados

Link para acesso online:

https://docs.google.com/forms/d/1JAzR09HF_n8zu2hyxbBrFOkBr1fji1M3DMQNysDCn9I/edit

Feridas em Cuidados Paliativos: Conhecimento dos Enfermeiros sobre Úlceras Terminais de Kennedy

O meu nome é Marta Filipa de Sousa Maia e sou aluna do 2º do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito deste mestrado, encontro-me a desenvolver um estudo sobre Úlceras Terminais de Kennedy.

Tem como objetivos principais explorar o conhecimento sobre a temática, com vista a uma maior otimização e eficácia ao nível da planificação e prestação dos cuidados.

O questionário é anónimo e demorará cerca de 10 minutos a ser preenchido.

Os dados serão tratados de forma conjunta, anónima e confidencial. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer penalização.

Para que o questionário seja válido, solicito-lhe que responda a TODAS as questões.

Se durante o preenchimento tiver qualquer dúvida, ou necessitar de alguma informação suplementar, por favor contacte-nos para:

Muito obrigada pela sua colaboração.

A investigadora: Marta Maia

- 1. Tomei conhecimento que posso desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário. Compreendi o objetivo do estudo e aceito participar voluntariamente. Autorizo o uso das minhas respostas para fins de investigação.**

Sim

Não

- 2. Caracterização Sociodemográfica**

2.1. Sexo

Feminino

Masculino

2.1 **Idade** (em anos)

3. Formação

3.1. Habilitações Literárias (indique todos os graus que completou)

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Pós-Doutoramento

3.2. Formação em Cuidados Paliativos

Sim

Não

3.2.1. Que tipo de formação tem em Cuidados Paliativos?

(Pode selecionar mais do que uma opção)

Curso de Curta Duração

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Estágio em Cuidados Paliativos

3.3. Já frequentou alguma formação sobre feridas ou viabilidade tecidular?

Sim

Não

4. Experiência Profissional

4.1. Indique, por favor, o seu local de trabalho

Hospital

Cuidados de Saúde Primários

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Estrutura Residencial Para Idosos

Unidade de Cuidados Paliativos
Saúde Ocupacional
Outro

4.1.1. Se assinalou "Outro", por favor, explicita

4.2. Há quanto tempo exerce funções como enfermeiro?

0 - 5 meses
6 meses – 1 ano
1 – 2 anos
2 – 3 anos
3 - 5 anos
5- 10 anos
Há mais de 10 anos

4.3. Trabalha ou já trabalhou em Cuidados Paliativos?

Sim
Não

4.3.1. Indique, por favor, o tempo de experiência profissional em Cuidados Paliativos

0 - 5 meses
6 meses – 1 ano
1 – 2 anos
2 – 5 anos
Há mais de 5 anos

4.3.2. Em que tipologia tem experiência profissional?

Unidade de Cuidados Paliativos (internamento)
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos

5. UTK

5.1. Já ouviu falar em Úlceras Terminais de Kennedy?

Sim

Não

[Se respondeu “Não”, passa para a questão 6.]

5.1.1. Em que contexto ouviu falar das feridas?

(Pode selecionar mais do que uma opção)

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Curso de Mestrado

Curso de Doutorado

Formação em Cuidados Paliativos

Formação em Feridas

Outro

5.1.2. Se assinalou “Outro”, por favor, explicite

5.2. Quando surgem, maioritariamente, as UTK?

Primeiros dias a anos de vida

Últimas horas de vida

Últimas horas a semanas de vida

Em qualquer etapa da vida

Não sei

5.3. Qual tem sido considerada a principal causa do surgimento destas feridas?

Forças de pressão, fricção ou cisalhamento

Hipoperfusão da pele

Humidade

Imobilidade

Má Nutrição

Outro

Não sei

5.4. Qual o tratamento preferencial para este tipo de feridas?

Paliativo

Curativo

Não existe

Não sei

5.5. As UTK foram recentemente incluídas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como um foco.

Verdadeiro

Falso

Não sei

5.6. O que entende por Úlceras Terminais de Kennedy?

6. Formação sobre UTK

6.1. Considera necessária mais formação sobre o tema?

Sim

Não

[Se respondeu “Não”, surge a opção para submeter o formulário]

6.1.1. Em que contexto considera importante a formação?

(Pode selecionar mais do que uma opção)

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Pós-Graduação

Formação Sobre Cuidados Paliativos

Formação sobre Feridas

Outro

[Se respondeu qualquer opção à exceção de “Outro”, surge a opção para submeter o formulário]

6.1.1.1. Se assinalou “Outro”, por favor, explicita

[Surge a opção para submeter o formulário]

APÊNDICE II

Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Anexo ao formulário submetido online.

O meu nome é Marta Filipa de Sousa Maia e sou aluna do 2º do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito deste mestrado, encontro-me a desenvolver um estudo sobre Úlceras Terminais de Kennedy.

Tem como objetivos principais explorar o conhecimento sobre a temática, com vista a uma maior otimização e eficácia ao nível da planificação e prestação dos cuidados.

O questionário é anónimo e demorará cerca de 10 minutos a ser preenchido.

Os dados serão tratados de forma conjunta, anónima e confidencial. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer penalização.

Para que o questionário seja válido, solicito-lhe que responda a TODAS as questões.

Se durante o preenchimento tiver qualquer dúvida, ou necessitar de alguma informação suplementar, por favor contacte-nos para:

Muito obrigada pela sua colaboração.

A investigadora: Marta Maia

1. Tomei conhecimento que posso desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário. Compreendi o objetivo do estudo e aceito participar voluntariamente. Autorizo o uso das minhas respostas para fins de investigação.

Sim

Não